



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Curso Mestrado em Gerontologia

“INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO E IDENTIDADE”

Orientadora: Prof^ª. Dra. Helena Arco

Mestrando: Paulo Manuel da Rocha Lourenço

PORTALEGRE

2014



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Curso Mestrado em Gerontologia

“INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO E IDENTIDADE”
ESTUDO DE CASO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Orientadora: Prof^ª. Dra. Helena Arco

Mestrando: Paulo Manuel da Rocha Lourenço

PORTALEGRE

2014

“...Que ao envelhecer permaneça belo...

Há tantas coisas boas para fazer.

**O ouro, as rendas, o marfim e as sedas não precisam de
ser novos.**

**E as velhas árvores também curam, as velhas ruas
também têm encanto.**

**Então, por que não poderei eu, como elas, permanecer
belo ao envelhecer?”**

**“... Saber envelhecer é a maior das sabedorias e um dos
mais difíceis capítulos da grande arte de viver.”**

Maria de Jesus Garcia Arroyo

QUANDO FOR IDOSO

Quando for idoso e deixe de ser como era, tem paciência e compreende-me.

Se entornar comida sobre a camisa ou esquecer como atar os sapatos, recorda as horas que passei a ensinar-te a ultrapassar estes problemas.

Se, quando conversar contigo, repetir vezes sem conta as histórias que conheces de cor, não me interrompas. Quando eras criança, contei-te milhares de vezes o mesmo conto para adormeceres. E, se me esquecer do que estava a dizer, espera que me lembre. Se não o conseguir, talvez não fosse importante o que dizia. Conformar-me-ei se me escutares nesse momento.

Quando estivermos reunidos em família – ou com os teus amigos, e sem querer, fizer as minhas necessidades, não te envergonhes de mim, pois não consigo controlar-me. Pensa em quantas vezes, enquanto crescias, te limpei e, com paciência, esperei que o fizesses no lugar certo.

Não ralhes comigo se não quero tomar banho tantas vezes. Quando eras pequeno também te perseguia e recorria a mil pretextos para velar pelo teu asseio.

Quando me tomares por ignorante acerca das novas tecnologias e inútil na sociedade, peço-te que me concedas o tempo necessário para aprender algo e poupa-me os teus sorrisos de gozo. Lembra-te que fui eu que te ensinei muitas coisas: a comer, a vestir-te, e a tua formação é fruto de muitos esforços.

Se alguma vez não quiser comer, não insistas; sei quando posso e quando não devo. Pensa que deixo de ter dentes fortes para morder e também perco o sentido do gosto.

Quando as pernas cansadas me falharem, dá-me a tua mão para que me apoie. Foi isso que fiz quando começaste a caminhar.

Por fim se algum dia me ouvires dizer que preferia morrer, não me chateies. Isso não nega a importância do teu carinho nem o meu amor por ti. Desejei-te sempre o melhor e desbravei caminhos que podias percorrer. Considera que os passos que me adianto a dar abrem outras rotas para ti e inauguram novos tempos. Jamais te sintas triste e impotente. Assim como te auxiliiei quando começaste a viver, acompanha-me até ao fim do meu caminho. Dá-me o teu coração, compreende-me e apoia-me. Dá-me amor e paciência. Devolver-te-ei sempre gratidão e sorrisos.

Walter Ballesteros

AGRADECIMENTOS

Ao Coordenador do Curso de Mestrado em Gerontologia, Professor Doutor Alexandre Martins pela oportunidade de formação e todo o incentivo e apoio manifestado ao longo do percurso formativo.

À Orientadora, Professora Doutora Helena Arco, que me ajudou a construir este trabalho com a sua disponibilidade e sabedoria, dando-me alento, ânimo, estímulo e confiança.

Aos Professores do Curso de Gerontologia, pelo empenho e disponibilidade na minha formação enquanto aluno deste curso.

Ao Capelão da instituição onde foi realizado o estudo, no apoio, disponibilidade e interesse dispensados. Ao seu irmão e amigo por todo o apoio a nível informático que sempre dispensou no evoluir do meu trabalho.

Às Colegas do Serviço de Enfermagem e Médica da instituição onde foi realizado o estudo, pelo apoio e compreensão manifestado. Em especial à minha colega e amiga enfermeira, na sua ajuda e apoio em momentos da construção do trabalho.

Ao Provedor da instituição onde foi realizado o estudo, pelo seu apoio incondicional.

Aos utentes da instituição onde foi realizado o estudo, principalmente os que fizeram parte da amostra pela sua disponibilidade, amabilidade e colaboração ao longo da sua participação, fornecendo dados válidos e importantes para a realização do mesmo.

Aos meus amigos e família, pela compreensão do afastamento e ausência em momentos importantes.

A Todos, o meu sincero Muito Obrigado!

RESUMO

O envelhecimento é um fenómeno natural, um processo irreversível e com efeitos em toda a esfera da sociedade.

A institucionalização do idoso é muitas vezes uma realidade, consequência da falta de uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais no seio da sua comunidade. Com a ida para o lar, este vai ao encontro de um ambiente coletivo de regras e imposições que poderão não ser consonantes, com a sua história de vida, onde tudo funciona de igual modo para todos.

A Identidade de um indivíduo é aquilo que ele tem de mais precioso, a sua perda é sinónimo de alienação, sofrimento, angústia e mesmo de morte.

Como questão de partida:

- **De que forma o processo de institucionalização do idoso influencia a sua reconfiguração identitária?**

E objetivo geral:

- **Compreender as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária do idoso.**

Optou-se por um estudo de caso com uma abordagem fenomenológica. A população em estudo, foram idosos residentes no lar de uma região da Beira Baixa.

Dos resultados obtidos, concluiu-se que a institucionalização é o último recurso para a garantia da continuidade do ciclo de vida, com alguma qualidade e dignidade. Constituiu uma forma de fuga à solidão, isolamento e a situações de doença, uma vez que a família se encontra ausente ou distante, por motivos profissionais e sociais. Uma adaptação à nova realidade da institucionalização levou sem dúvida, a uma nova reconfiguração identitária por parte do idoso institucionalizado.

Palavras-chave: Idoso, Institucionalização, Identidade.

ABSTRACT

Aging is a natural phenomenon, an irreversible process with social consequences at all levels.

The need to institutionalise the elderly is frequently a reality, consequence of the lack of satisfactory answers to existential needs in the midst of the community. When going to a retirement home, the elderly meet a collective environment with rules and impositions that may not be constant, contrary to the story of their life where everything works the same way for everyone.

The identity of an individual is the most precious thing he possesses, its loss is synonym of alienation, sorrow, anguish and even death.

The main question is:

- **In which way does the process of being institutionalized reconfigure the elderly's identity?**

And the general purpose:

- **Understand the implications that institutionalization may have on the reconfiguration of the elderly's identity.**

A phenomenological approach was chosen for this study. The population studied were elderly residents in a retirement home in the “Beira Baixa” region.

The results obtained allow to conclude that institutionalization is the last recourse that ensures the continuity of the life cycle with some quality and dignity. It is a way of escaping loneliness, isolation and situations of illness, once family is absent or away for social or professional reasons. An adjustment to this new reality leads, with no doubt, to a reconfiguration of the elderly's identity.

Keywords: Elderly, Institutionalization, Identity

RÉSUMÉ

Le vieillissement est un phénomène naturel, un processus irréversible ayant des effets sur toute la sphère sociale.

L'institutionnalisation des personnes âgées est très souvent une réalité. Elle est la conséquence d'une réponse insatisfaisante de ses propres besoins existentiels à l'intérieur de sa communauté.

En allant dans un EMS (établissement médico-social), la personne âgée va aller à l'encontre d'une ambiance collective, de règles et d'impositions qui pourront ne pas être en accord, avec son histoire de vie, où tout fonctionne de la même manière pour tout le monde.

L'identité d'un individu est ce qu'il a de plus précieux, sa perte est synonyme d'aliénation, de souffrance, d'angoisse et même de mort.

Question de départ:

- **Sous quelle forme le processus d'institutionnalisation d'une personne âgée peut-elle influencer sa reconfiguration identitaire ?**

Objectif général:

- **Comprendre les implications de l'institutionnalisation dans la reconfiguration identitaire de la personne âgée.**

Le choix s'est porté sur une étude de cas avec une approche phénoménologique. Les personnes âgées résidents dans un EMS dans la région de « Beira Baixa » (bord inférieur) ont été choisies comme population d'étude.

Les résultats obtenus ont conclu qu'une institutionnalisation est l'ultime recours pour garantir la continuité du cycle de vie, avec une certaine qualité et dignité. Cela constitue une manière de fuir la solitude, l'isolement ainsi que des situations de maladie, une fois que la famille se trouve absente ou distante, pour des motifs professionnels ou sociaux. L'adaptation d'une nouvelle réalité de l'institutionnalisation a amené sans hésiter, à une nouvelle reconfiguration identitaire de la part de la personne âgée institutionnalisée.

Mots-clés: Personne âgée, Institutionnalisation, Identité.

LISTA DE ABREVIATURAS

INE – Instituto Nacional de Estatística
MMS – Mini-Mental State
MEEM - Mini-Exame do Estado Mental
OMS – Organização Mundial de Saúde
STJ – Supremo Tribunal de Justiça

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ESTADO DA ARTE – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	15
1.1 - O IDOSO E A FAMÍLIA	18
1.2 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO	24
1.3 - IDENTIDADE E PERDA DE PAPÉIS	30
2 - DIMENSÕES DO CONCEITO DE IDENTIDADE	37
2.1 - IDENTIDADE SOCIAL	41
2.2 - IDENTIDADE INDIVIDUAL	44
2.3 - IDENTIDADE CULTURAL	46
3 – PAPEL DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS EM GERONTOLOGIA	48
3.1 – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA O BEM-ESTAR E CONFORTO DA PESSOA IDOSA	48
3.1.1 – A Enfermagem para a Promoção do Autocuidado	49
3.1.2 – A Enfermagem para a Promoção do Bem-Estar	50
3.1.3 – A Enfermagem para a Promoção de Conforto	51
3.2 – AUTOCUIDADO, BEM-ESTAR, CONFORTO E IDENTIDADE DO IDOSO	56
4 – O PAPEL DAS MISERICÓRDIAS NA SOCIEDADE E NO APOIO A IDOSOS	58
PARTE II - ROTEIRO DO ESTUDO	60
1 – PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	60
1.1 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	60
1.2 – PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO	61
1.3 – PARADIGMA EM ESTUDO	63
1.4 - TIPO DE ESTUDO	63
1.5 - POPULAÇÃO	64
1.6 - AMOSTRA	64
1.6.1 – Critérios de Inclusão	64
1.6.2 – Critérios de Exclusão	64
1.7 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA	65
1.8 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	67
1.9 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	68
1.10 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	69
1.11 – AUTORIZAÇÕES	69
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	70

1 – RESULTADOS OBTIDOS DA APLICAÇÃO DO MINI MENTAL STATE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA	70
2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA EM ESTUDO	72
2.1 – GÊNERO	72
2.2 – IDADE	73
2.3 – NATURALIDADE	74
2.4 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	75
2.5 – ESTADO CIVIL	76
2.6 – PROFISSÃO	77
2.7 – TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	78
3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS RESULTANTES DAS ENTREVISTAS	79
3.1 – IDENTIDADE INDIVIDUAL	79
3.2 – IDENTIDADE SOCIAL	87
3.3 – IDENTIDADE CULTURAL	91
3.4 – IDENTIDADE – SUGESTÕES	92
4 – ANÁLISE DA AMOSTRA EM ESTUDO E SUAS VIVÊNCIAS	94
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	94
4.2 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS REFERENTES À IDENTIDADE INDIVIDUAL	95
4.3 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS REFERENTES À IDENTIDADE SOCIAL	105
4.4 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS REFERENTES À IDENTIDADE CULTURAL	109
4.5 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS EM TORNO DAS SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS IDOSOS	110
CONCLUSÃO	112
BIBLIOGRAFIA	115
APÊNDICES	119
APÊNDICE I	120
(MINI MENTAL STATE)	120
APÊNDICE II	125
(GUIÃO DA ENTREVISTA)	125
APÊNDICE III	131
(PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO)	131
APÊNDICE IV	134
(CONSENTIMENTO INFORMADO)	134

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo os resultados obtidos da aplicação do Mini Mental State – Avaliação Cognitiva	71
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o Género	72
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a Idade	73
Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a Naturalidade	74
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo as Habilitações Literárias.....	75
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o Estado Civil	76
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo a Profissão	77
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o Tempo de Institucionalização.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo os resultados obtidos da aplicação do Mini Mental State – Avaliação Cognitiva.....	70
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo o Género	72
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a Idade	73
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a Naturalidade.....	74
Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo as Habilitações Literárias	75
Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o Estado Civil	76
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a Profissão	77
Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo o Tempo de Institucionalização.....	78

INTRODUÇÃO

Devido ao aumento da longevidade e ao envelhecimento populacional, são de facto múltiplos os desafios que hoje se colocam aos indivíduos, às comunidades e à sociedade em geral, no sentido de encontrarmos respostas através da formulação de políticas sociais abrangentes, que venham ao encontro deste fenómeno com uma prioridade incontornável.

Para além do envelhecimento da população, assistimos na atualidade a modificações das estruturas económicas, sociais e familiares que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar de gerações mais velhas e implicam a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações.

Na realidade concreta de Portugal, pode-se afirmar que é ainda a família o grande suporte dos nossos idosos, contudo verificamos que muitas dessas responsabilidades têm passado progressivamente para o domínio do Estado, sendo-lhe exigido a criação de medidas e equipamentos de resposta aos problemas e às necessidades dos nossos idosos.

Assistimos assim, ao longo dos anos a uma evolução gradual de um número de equipamentos e de respostas sociais, nomeadamente apoio domiciliário, centros de dia e de noite, centros de convívio e lares de permanência temporária ou definitiva.

Estes mesmos lares apresentam listas de espera extensas e os seus serviços tornam-se ineficazes para darem respostas às solicitações e dependendo em grande medida do envolvimento de outros agentes, como a família, vizinhos e amigos.

Associados a todo este fenómeno, verificam-se alterações da estrutura familiar, a degradação das condições de habitação, os problemas de saúde, a perda de autonomia, a inexistência de uma rede de apoio que facilite a integração social e familiar ao idoso, a falta de recursos económicos, entre outros, continuando a colocar frequentemente em causa a possibilidade de manutenção do idoso no seu domicílio. Resta a estes idosos muitas vezes, a sua institucionalização como única resposta viável para assegurar uma condição de vida satisfatória.

O idoso sai do seu ambiente habitual, quer seja na aldeia, na vila ou de uma outra região, perde os laços de proximidade da sua família, amigos e vizinhos e vai encontrar uma realidade completamente diferente. Pessoas estranhas ao seu convívio e realidade, uma adaptação a um ambiente e quotidianos diferentes. O ter que partilhar a sua privacidade, intimidade, integridade e independência com o outro que não conhece. O estar dependente de funcionárias que nunca fizeram parte do seu ciclo de vivências e mais grave ter que partilhar a sua parte íntima, no

momento da higiene. O respeitar uma série de regras e normas que vão condicionar a sua autonomia e independência. Todo este conjunto de procedimentos podem levar a sentimentos de tristeza, de ansiedade, de medo, de revolta e por vezes de uma agressividade quer verbal e mesmo física. O sentimento de abandono por parte da família, que na maioria dos casos, raramente o torna a visitar. O estar sujeito a um conjunto de regras e normas vigentes em lares, o facilitar o idoso a partilhar as suas experiências de vida e saberes próprios e o facilitar a participação na vida da comunidade residencial e da vida social em geral.

Esta é por vezes a dura realidade vivida pelos idosos institucionalizados em lar, que poderá talvez interferir na sua identidade e podendo levar a uma reconfiguração identitária e consequentemente trazer condicionantes a nível da sua própria identidade.

Tal situação deve constituir para qualquer profissional, uma inquietude e preocupação para adequar a esta realidade a melhor forma de prestar cuidados de excelência, de qualidade que visem minimizar e otimizar a relação do utente com a instituição que o acolhe, nesta última etapa da sua vida.

Este trabalho tem por objetivo a realização de um estudo científico junto de uma amostra definida e residente num lar da região da Beira Baixa, pertencente a uma Santa Casa da Misericórdia.

O estudo que pretendemos realizar pretende **“Compreender as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária do idoso”** e **“De que forma o processo de institucionalização do idoso influencia a sua reconfiguração identitária?”**.

Esta mesma identidade é resultado de um processo de sucessivas socializações, sofrendo diferentes reestruturações ao longo da vida do indivíduo. Essa identidade é fruto de uma construção individual, social e cultural onde o indivíduo se encontra inserido.

Pelo que se torna pertinente este estudo em que procura verificar a nova experiência social que o idoso atravessa com o seu processo de institucionalização. Como se de um processo de reconfiguração da sua identidade se tratasse, com a atribuição de uma nova identidade pela instituição que o acolhe e pelos outros com quem o idoso interage, tem um papel decisivo.

Cientes que o processo de institucionalização leva sempre a uma relativa perda de autonomia e a uma rutura parcial ou definitiva com os seus modos de vida, com o seu lar, que constitui o centro de muitas recordações e vivências da sua existência enquanto ser humano. Importa então, perceber até que ponto o processo de institucionalização do idoso no lar poderá contribuir ou não com a sua reconfiguração identitária.

Tentaremos compreender como o lar e seus agentes, práticas e funcionamento pode, ou não, influenciar a reconfiguração do indivíduo idoso.

Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem fenomenológica. A população do estudo compreende idosos residentes num lar da região da Beira Baixa e pertencentes a uma Santa Casa da Misericórdia. Foi selecionada uma amostra de 15 indivíduos que reuniam as condições definidas segundo critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de colheita de dados consistiu numa entrevista semi-estruturada, com definição das diferentes categorias de Identidade Individual, Social, Cultural e possíveis sugestões. O tratamento e análise de dados foram feitos em programa N-Vivo. Foram tidas em conta as considerações éticas e as devidas autorizações da Instituição em estudo e o Consentimento Informado dos participantes.

Tendo em conta as partes que constituem o trabalho, foram estruturadas e definidas, da seguinte forma:

- Parte I – Estado da Arte – Revisão Bibliográfica;
- Parte II – Roteiro do Estudo;
- Parte III – Apresentação e Discussão dos Resultados.

Esperamos que da análise dos resultados obtidos e sua compreensão profunda, estes venham permitir um melhor funcionamento do lar e das estratégias de adaptação desenvolvidas pelos seus utentes, ou seja, a sua reconfiguração identitária, possam contribuir para a visualização de domínios mais vulneráveis relacionadas com o funcionamento do lar para assim, permitirem o aperfeiçoamento dos modos de intervenção e atuação, a melhoria das práticas dos seus profissionais, com vista a proporcionarem bem-estar, carinho e conforto aos idosos institucionalizados.

PARTE I – ESTADO DA ARTE – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenómeno natural que faz parte do ciclo da vida e que comporta as suas vantagens e desvantagens e é influenciado por fatores intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e fatores extrínsecos (inerentes ao meio ambiente). Constitui um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos, não estando associado a doença ou incapacidade e pelo simples facto de se viver, logo se envelhece. Corresponde à última fase do ciclo de vida, englobando, uma série de pessoas diferentes e únicas a nível biopsicossocial a que chamamos de idosos, seniores e outras terminologias.

Para Fontaine (2000:19), “...envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial...impossível de datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo.”

Sendo assim, envelhecimento não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica, pelo agravamento dos fenómenos escleróticos e atrofiadores do sistema regulador do organismo. Fernandes (2000:25).

Cabete (2004:9), citando a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a “... maioria das pessoas idosas continuam a ser autónomas até idades bastante avançadas, não necessitando de ajuda para realizar as actividades de vida diária, comunicando sem dificuldades importantes com os seus semelhantes e participando na vida social e económica dos seus países”.

Segundo Berger e a Mailloux-Poirier (1995:99), “ A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo”.

De acordo com Oliveira (2008:20) e citando Richard e Mateev-Dirkx (2004), indicam que “...velhice propriamente dita, não se limita à idade cronológica, mas também à idade biológica (estado do organismo ou da saúde) à idade mental (capacidades cognitivo-afectivas), podendo ainda falar-se em idade funcional (capacidade de adaptação física e psíquica ao ambiente através dos meios disponíveis).”

Entenda-se assim, envelhecimento como um processo que devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo.

Existem diversos fatores relacionados não só com características pessoais, inerentes ao indivíduo enquanto ser humano, mas também relacionadas com o seu historial de vida, classe social, acesso a cuidados de saúde, valores perante a estrutura familiar e da sociedade em geral.

Vários autores debruçaram-se sobre este processo de envelhecimento e descrevendo-o como a psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida, da concepção até à morte. Oliveira (2008:19) referência entre outros autores, Baltes, Reese e Lipsitt (1980) que indicam a evolução psicológica sofreria três tipos de influência. “1) *Influências ontogenéticas normativas ligadas à idade (considerado por exemplo, as expectativas e as tarefas de desenvolvimento)*; 2) *influências normativas ligadas à história (contexto histórico em que envolvem as diferentes “coortes” ou grupos coetâneos de pessoas)*; 3) *acontecimentos significativos da vida, de natureza não normativa (aspectos biológicos e ambientais irregulares e imprevistos, considerados como “crises”)*).

De salientar que a dimensão biológica é um determinante, mas não esgota o conjunto de transformações associadas ao processo de envelhecimento, mas tendo em consideração outras dimensões, como a psicológica e social.

Para Oliveira (2008:29), existe uma “...*crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; diminuição da auto-estima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares bem como as mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planejar o futuro; atitudes infantis e ou infantilizadas, como processo de mendigar carinhos; diminuição da libido e do exercício da sexualidade; tendência à depressão, à hipocondria ou somatização e mesmo tentações de suicídio; surgimento de novos medos; diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória; problemas a nível cognitivo, congénito e motivacional, afectivo e personológico*”.

Surgindo assim estereótipos sociais associados aos idosos, como refere Oliveira (2005: 26), citando autores como Luísa Berger (1995) que identifica sete estereótipos a respeito dos idosos “...*pessoa doente, infeliz, improdutivo, necessitada de ajuda, conservadora, igual a todos os outros velhos, sofrendo de isolamento e de solidão.*” Para Richard e Mateev-Dirkx (2004), apontam também os seguintes estereótipos principais “*equivalência entre velhice e doença, confusão entre o fisiológico e o psicológico, confusão entre o normal e anormal, incapacidade de mudança do idoso, etc.*”

O processo de envelhecimento constitui assim, uma realidade, a que a sociedade em geral não se deve omitir. Mas sim, procurar respostas para as causas que determinam as atuais condições de saúde e de vida dos idosos, conhecer as múltiplas facetas de todo este processo que deve promover um planeamento adequado para dar resposta a esta realidade.

Apesar do aumento de custos e de gastos médico-sociais, a uma maior necessidade de suporte familiar e comunitário, uma maior probabilidade de cuidados de longa duração devido a uma maior prevalência de doenças crônicas e consequentes incapacidades, os idosos merecem um envelhecimento bem-sucedido.

Como afirma Fonseca (2004:216) citando Baltes e Baltes (1990) que enunciam um padrão de estratégias potencialmente favoráveis a um envelhecimento bem-sucedido:

- Preservar um estilo de vida saudável, por forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de condições patológicas inerentes ao próprio envelhecimento;
- Manutenção de uma visão otimista da vida que pode ser uma forma efetiva de compensar as perdas que vão ocorrendo, acentuando positivamente o que ainda subsiste e atribuindo a essas mesmas perdas a factores externos, que devem ser considerados fortuitos e não causados pelo processo de envelhecimento;
- Necessidade de adotar soluções simples e generalistas que devem encorajar a adoção de soluções individuais e sociais flexíveis e adaptadas a cada caso;
- Procurar escolher e/ou criar ambientes saudáveis e amigáveis para a implementação de estilos de vida apropriados à idade;
- Deve manter-se e/ou incentivar-se a realização de atividades enriquecedoras ao nível do ponto de vista cognitivo e social, compensando perdas que ocorrem nestes domínios;
- Necessidade de saber lidar com as perdas, passando pela consideração de alternativas que facilitem o conforto com a realidade objetiva, reorientando a própria vida em termos de objetivos e aspirações;
- Necessidade de recorrer a estratégias que facilitem e promovam a gestão do quotidiano com base no ajustamento à realidade que não implique a perda de identidade, passando pela adoção de comportamentos realistas face às capacidades individuais e pela consequente adequação de desejos e objetivos pessoais.

Contudo, cientes que estas estratégias, não constituem a forma de envelhecer com êxito, uma vez que a heterogeneidade e a variabilidade do processo de envelhecimento não permitem uniformizar quer as condições em que o processo se desenrola quer as respostas mais adequadas para o otimizar. Assim sendo, encontrar um caminho para um envelhecimento com êxito consiste, numa tarefa de carácter individual e a sociedade em geral deverá proporcionar a cada indivíduo os recursos necessários que lhe permitam concretizar a sua expressão pessoal de envelhecimento.

1.1 - O IDOSO E A FAMÍLIA

Em todas as fases da vida a família tem uma importância fundamental. Continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afetiva do indivíduo.

Como refere Netto (1996:92), que a família pode ser considerada o habitat natural da pessoa humana.

É no seio da família que o idoso, sem dúvida, vai encontrar o apoio, o carinho, o suporte, os recursos para conseguir ultrapassar os obstáculos que vai encontrando.

O papel da família é de ajudar o idoso a viver, não só mais, como melhor e a ser uma pessoa integrada num sistema familiar e comunitário.

As relações familiares assumem pois um papel importante no sentido de permitirem a aceitação da pessoa mais idosa do agregado.

Segundo Fernandes (1997:20), *“...é um dos aspetos fundamentais da família conjugal contemporânea que gradualmente se foi transformando numa instância privilegiada de intimidade e do privado, é o facto de ela ser essencialmente relacional, ou seja, de ter aumentado a importância que os membros atribuem à afetividade. Refere ainda o mesmo autor, “...que a desvalorização dos laços de dependência entre os elementos não só no interior do grupo doméstico, como entre os vários círculos familiares, cria uma certa distância entre eles, facto que permite negociar a manutenção das boas relações e a criação de espaços comuns onde se identificam os membros de uma mesma família. São as relações entre homens e mulheres, pais e filhos, avós e netos, tios e sobrinhos que dão vida e sentido à essência da família”.*

A estrutura familiar tem objetivos próprios, valores e princípios comuns, que procura preservar e manter como se de um tesouro se tratasse. Daí que, *“... as famílias têm tendência a preservar o seu social, com todos os poderes e com todos os seus privilégios, que estão no princípio das estratégias da reprodução, estratégias de fecundidade, estratégias matrimoniais, estratégias sucessórias, estratégias económicas e sobretudo, estratégias educativas”*, Pierre Bourdieu, citado por Fernandes (1997:20,21).

Contudo tem-se verificado ao longo dos tempos, que alterações profundas se processaram ao nível da estrutura das relações familiares.

Como diz, Pierre Bourdieu citado por Fernandes (1997:60), *“...a família é o lugar sagrado, secreto, de portas fechadas sobre a intimidade, separado do exterior pela barreira simbólica*

do limiar, perpetua-se e perpetua a sua própria separação, a sua privacidade como obstáculos ao conhecimento, segredo de negócios privados. Do domínio privado”.

Todo este sentimento do verdadeiro valor da família tem sofrido mutações ao longo do último século. Com a industrialização, verificou-se, no nosso continente europeu, o desaparecimento do modelo de família “tradicional”, com a sua subsistência virada para a agricultura, em que a família convivia no mesmo ciclo, na mesma aldeia, com fins lucrativos comuns. A indústria veio promover a segregação da mão-de-obra jovem, abandonando assim as aldeias e centrando-se nos grandes centros metropolitanos, deixando os mais “velhos” subjugados a si mesmos, lutando pela sobrevivência, com muito sacrifício.

“As sociedades industrializadas e informatizadas de hoje constroem também o seu próprio isolamento futuro; não há tempo para conviver, para comer corretamente, para fazer novos amigos; faz-se uma vida profundamente sedentária, porque não há tempo, ou meios económicos, para a prática regular de exercício físico” Ministério da Saúde (1997), citado por Martins (2010).

“É uma realidade que se impõe socialmente (todos pertencemos a uma família), mas os significados são variáveis e têm sofrido profundas transformações sem que os agentes envolvidos delas se apercebam e sem que as representações sociais que manipulam tenham sofrido grandes alterações”, Fernandes” (1997:60).

Costa et al (1999:11) refere que a nível da família surgiram principalmente nas sociedades ocidentais alterações na estrutura das relações familiares e um desmoronamento do valor da família tradicional. Nas alterações da estrutura familiar indica o facto da quebra da cadeia proximal familiar logo na primeira geração e no aumento das taxas de divórcio que acontecem ainda na faixa etária dos 50 anos, correspondendo com o início da inatividade, de inícios de períodos de pré-reforma, ou mesmo de reformas antecipadas com consequente problemas de declínio da imagem de si mesmo, da perda do poder económico, da alteração da imagem social. A família tradicional perdeu o seu valor e alterou-se devido a factores sociais e migracionais. Os jovens deixam os meios rurais e procuram as grandes cidades, zonas litorais à procura dos meios de subsistência, permanecendo os idosos nos meios rurais sobrevivendo com as suas dificuldades de ordem física, psíquica e social e mesmo de solidão.

A família, na verdade, mudou a sua estrutura funcional e é vulgar ouvir-se dizer que está em crise, que é uma instituição em decadência e que de certa forma é substituída nas suas funções por outro tipo de grupos sociais ou instituições.

Como refere Bernardo Sá Nogueira, Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), citado por Cerdeira (2001:18), *“... caminhamos para a perda de um determinado culto*

familiar. Antigamente as famílias eram unidas. Hoje encontramos para dormir, para comer às vezes e pouco mais. Não existe nem ternura nem afetividade e o mais importante na velhice é conseguir ter uma certa qualidade de vida que os lares não nos conseguem dar. É preciso calor humano. Todo o homem é um ser sociável que precisa de estimar e ser estimado. Quando assim for teremos uma boa qualidade de vida para os idosos”.

Podemos constatar que nos nossos dias o encontro entre avós e netos começa a não existir, o que constitui uma perda essencial do convívio familiar, bem como uma perda para a sociedade.

“O facto importante é que a família de hoje não é a mesma de ontem e as fotografias literalmente retratam essa mudança. Ao olharmos para uma foto de uma família há 50 anos atrás, podemos observar as expressões sérias e rígidas, a formalidade no posicionamento, deixando perceber claramente quem são os pais e os filhos. Uma fotografia atual mostra o aumento da descontração e da informalidade, as pessoas riem-se, com atitudes informais e carinhosas umas com as outras e posicionadas de maneira que às vezes é difícil definir quem é quem com um simples olhar”, Zimerman (2000:51).

Verificamos assim que, em tempos, a família demonstrava papéis mais rígidos, mais demarcados, mais estáveis e definidos, com maior grau de hierarquização, enquanto a família de hoje é mais dinâmica e flexível, com uma hierarquia menor e papéis que mudam com facilidade.

Não quer isto dizer que a família ficou melhor ou pior, mas sim, alguns valores importantes para a convivência foi abandonada e outros criados.

Verificou-se assim, um choque de ideias entre pais, filhos e netos, porque os tempos mudam e nem sempre as pessoas conseguem colocar-se dentro da realidade na qual o outro foi formado ou se encontra a viver.

“Cada época tem as suas necessidades e obrigações, assim como aspetos positivos e negativos. A vida é uma constante mudança” Zimerman (2000:53).

Adolfi (1983), citado por Zimerman (2000:53), define *família* “... como um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento dos seus membros componentes”.

A família é uma unidade de conduta social mais significativa da sociedade tendo vindo a sofrer mudanças consideráveis ao longo dos tempos, os quais afetam o seu desenvolvimento a nível estrutural, funcional e das interações interna e externas tal como salientam Stanhope e Lancaster (1999:492). Devido a tais mudanças e ao surgir de novas formas familiares, torna-se difícil definir o conceito de família.

Define-se então família como um sistema de pelo menos dois elementos, unidos por laços de afetividade e em coabitação, ligados por um conjunto de relações em contínua interação, procurando o seu equilíbrio no decorrer de um processo de desenvolvimento”.

No meio de todas estas alterações referenciadas, encontra-se o idoso, por vezes indefeso, que tem na família o suporte para a sua sobrevivência.

“A sociedade esforçou-se para não olhar para trás. O passado deixou de ser referência e o futuro com um objetivo” Pereira (2006:23).

A constituição da República Portuguesa dedica aos idosos o artigo 72, que nos diz o seguinte:

- 1º. As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
- 2º. A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendente a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Mais que uma política de estado, importa referir que compete não só ao estado olhar pelos idosos mas também à família. E mais do que, a cada um deles de forma isolada, compete ao binómio ESTADO-FAMÍLIA cuidar dos seus idosos.

Como já foi referido, verificamos nos dias de hoje que as famílias sofrem de uma evolução contínua, transformações e mutações, que constituem mais um problema para o idoso, que por vezes se sente perdido e ultrapassado pelos filhos, netos, e bisnetos.

“À medida que a esperança de vida vai aumentando, os idosos perdem lugar na família, muitos são esquecidos e, na correria do dia-a-dia, remetidos para segundo plano,” Pereira (2006:21).

Para Junod (1984:216) *”Todos nós temos consciência de que, a família, no sentido mais amplo da palavra, é um terreno propício ao desenvolvimento comum, no qual têm perfeito cabimento os conflitos e intercâmbios afetivos. A rutura entre as gerações ameaça o equilíbrio psíquico tanto do idoso como da criança. Portanto, favorecer o intercâmbio entre gerações é proteger o desenvolvimento da sociedade”*.

Segundo Oliveira (2005:98), *“...há muitas espécies de famílias, mais ou menos sadias ou doentias, pacíficas ou conflituosas, mais ou menos unidas ou desunidas, rígidas ou flexíveis, felizes ou infelizes e mesmo deprimidas. Conforme o tipo de família, assim o apoio ou abandono, alegria ou sofrimento que proporcionam aos velhos”*.

Para além disto, o idoso vai perdendo a sua autonomia, a sua independência, podendo ficar dependente em muitas das decisões de familiares, como filhos, netos ou outros. O seu papel

de membro mais experiente, detentor de conhecimentos, do saber, é posto de parte, quer pela família, quer pela sociedade em geral.

Costa, (1999) citada por Martins (2010) *“Ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo, que fazia do velho o conselheiro, o amigo, a memória das gerações”*.

“O idoso perdeu o seu papel de transmissor de saber entre gerações, face à procura incessante pelo lucro. Os mais velhos deixaram de ter condições para competir e passaram a ser considerados pouco produtivos”, Pereira (2006:23).

Convém contudo não esquecer que a reforma marca o afastamento do indivíduo do seu ritmo de trabalho, da sua ocupação e, em grande número de casos, as reformas são reduzidas não proporcionando ao reformado o mínimo indispensável para lhe garantir uma vivência com qualidade de vida, bem como um fim digno.

Referindo Moreira (2006:15), *“... de facto, chegados à idade da reforma, somos logo bombardeados por mensagens vindas dos quatro cantos, que nos incitam a nada fazer, a gozar dos rendimentos; enfim paralisar por completo, como se isto fosse possível e saudável”*.

No mesmo sentido Pereira (2006:23) afirma que, *“... a reforma obriga à inactividade, à inutilidade e em muitos casos à dependência económica da família. Mas esta já não é o que era. E o clã que se reunia na mesma casa encolheu. A família é agora, na maioria dos casos, nuclear e não há lugar, em todos os aspectos, para avós e netos. Sobram os pais e os filhos e a história, como todas, vai-se repetindo”*.

Anteriormente, as famílias constituíam o núcleo fundamental de produção e mantinham o idoso com atividade ao nível da agricultura, adotando para este novas tarefas e novos papéis, permanecendo assim ativo e útil. Hoje em dia ainda é possível encontrar sinais dessa família tradicional em meios rurais.

“A família tradicional, o clã em que avós, pais, filhos e netos se congregavam na mesma casa alterou-se. A família, entendida como o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação nuclearizou-se tornando incompatível a coabitação com os mais velhos e, por isso, surgem as instituições vocacionadas para o acolhimento dos idosos. Santos (1995) citado por Martins (2010).

O ideal seria, no entanto, que o idoso permanecesse na sua casa o mais tempo possível, inserido no seu meio ambiente.

Como salienta, Garcia (1994:9), *“...a própria marginalização do idoso começa na família, passando este a ser considerado um peso-morto com que a sociedade tem de contar, logo, há que arrumá-lo a um canto, pô-lo à parte e mandá-lo para um lar”*.

Assim sendo, o idoso sente-se rejeitado pela família, não lhe resta outra alternativa de aceitar passivamente as decisões da sua família. O próprio idoso procura respeitar a privacidade dos seus familiares, de modo a não se sentirem dependentes destes e quando o fazem manifestam uma certa relutância. Incrementa-se a perda de contactos sociais, de amigos e mesmo da própria família, não havendo mais nada a fazer, exceto aguardar o seu fim, ou seja, a morte, como se o processo de aprendizagem do homem não fosse um processo contínuo que vai do nascimento à morte.

Sendo a família o núcleo central, a força de maior suporte em qualquer sociedade, é ela, família, responsável por manter uma relação harmoniosa com os seus membros mais idosos. *“A sua contribuição é tão importante que o maior objectivo dos serviços de saúde é de suportar e não de substituir estes cuidados, que só a família os pode dar”*, Garcia (1994:10).

Repensar os padrões tradicionais da família é uma medida importante, com o objetivo de tentar solucionar, ou pelo menos minimizar, um grande número de preocupações com que nos debatemos com os nossos idosos.

“É hoje assumida em quase todos os países do mundo ocidental a necessidade de implementar uma política económica, social e familiar que possa trazer equilíbrio aos “arranjos” sociais em crise”, Santos (1998:23).

Grande (1994) citado por Martins (2010) afirma que *“Cabe-nos, a nós sociedade, encontrar soluções para fomentar medidas que voltem a colocar os idosos na cúpula dos agregados familiares onde se entrecruzem três ou mais gerações, permitir que as crianças e adolescentes encontrem referências e valores universais na fase de construção da personalidade e da modelação do carácter”*.

Como forma de realçar este ponto, refere Pereira (2006:23), *“...que nos diz arranjar um lugar para o pai ou para a mãe dentro da nossa casa, das nossas vidas, é a solução para a qual todos os sociólogos e psicólogos apontam no sentido de resolver o drama da solidão da terceira idade. O objectivo é simples: ajudar a encontrar-lhes uma função, ceder-lhes novamente a cabeceira da família ou simplesmente tê-los ao nosso lado. A sabedoria que transmitem, as experiências que acumulam e o apoio incondicional que prestam são riquezas que, já se concluiu, não se encontram disponíveis na economia do mercado”*.

O padre Feytor Pinto (1982), citado por Martins (2010), na altura Alto-Comissário para o de Projeto de Vida, considerou que o *“...ideal era que o idoso nunca saísse de casa, pois a transferência para o lar constitui quase sempre a antecipação da fase terminal. O lar é um recurso falso, ou pelo menos deve ser encarado como o último recurso possível, mas nunca uma forma de libertação do peso que o idoso pode constituir”*

Precisamos de mudar mentalidades, converter a opinião pública, para que a velhice seja vista como mais uma fase realizadora da vida.

É preciso compreender o idoso, não basta ver, é preciso sentir e procurar compreender a forma como ele sente. Muitas vezes não aceitamos o sentimento, por ele transmitido, pois é de outra época, tem outro ritmo, outra maneira de pensar, agir, locomover-se, aprender e adaptar-se às mudanças.

É necessário colocarmo-nos na sua posição, no seu lugar, para assim evitarmos problemas de ordem familiar, tantas vezes, com simples atitudes.

Uma parte considerável das divergências e conflitos, entre os membros da família e o idoso, deve-se ao facto de não comunicarem, não se ouvirem uns aos outros e não aceitarem as diferenças. Verificamos frequentemente que a família não quer ouvir a opinião do idoso, mesmo em questões que lhe dizem respeito. O idoso é obrigado a acomodar-se e aceitar as decisões dos seus familiares ou, pelo contrário, criar problemas.

Os filhos passam a tomar as decisões acerca da vida dos seus pais, por acharem ser a melhor para eles, sem muitas vezes os consultarem. Mesmo que o idoso manifeste a sua opinião, esta é desprezada e não é aceite.

Compete-nos a todos, a começar pela família, olhar para o idoso numa outra perspetiva, no intuito de lhe proporcionar, nesta reta final da vida, momentos de alegria, satisfação, prazer e vontade de viver. Até porque...

“...algumas pessoas, por mais velhas que sejam, nunca perdem a beleza; Apenas a transferem do rosto para o coração”. (M. Buxbaum)

1.2 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Uma das principais marcas do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão do indivíduo idoso numa instituição. É uma realidade vivida pelos nossos idosos, quer por motivos de vária ordem, não encontram dentro da família e da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.

Como evoluir da sociedade a diferentes níveis, verifica-se que a família que tinha um compromisso cumulativo óbvio de ajudar e prestar cuidados aos seus progenitores, deixa de assumir esse mesmo papel. Gideens (2001:68).

Como afirma Guedes (2012:16), “...a modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas e implicam a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações.”

Por um lado é a família que não apresenta capacidades e condições para se ocupar do seu idoso, uma vez que este se apresenta dependente e ou na presença de uma doença crónica, por viuvez ou perda do companheiro de uma vida, acrescido pela falta de atividade, que leva a quadros de solidão, isolamento e de fragilidade da sua própria personalidade. E por outro, os programas do Estado não são suficientes e capazes para dar resposta aos problemas que se impõem à família, vendo-se sem outra alternativa que não seja o internamento numa instituição da terceira idade.

A institucionalização é entendida como um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência. Por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional. Cardão (2009:11).

Para Pimentel (2001:65), “ Se nas sociedades tradicionais existia um pacto entre as gerações, segundo o qual os adultos investiam nos seus filhos, na expectativa de que estes os apoiassem quando de tal precisassem, nas sociedades industrializadas esse pacto tácito não desaparece mas passa por um processo de despersonalização. Através do financiamento (indireto) das instituições e serviços, o pacto mantém-se, pois, os que pagam e os que usufruem de apoio pertencem a gerações diferentes. Poder-se-á dizer que é uma forma de prestação de serviços que não é feita diretamente, mas sim, através da delegação de responsabilidades em instituições que são custeadas pelas gerações mais novas”.

Passa a instituição, a ser o suporte formal da prestação de cuidados e substituindo assim, a rede de cuidados informais e familiares.

O envelhecimento da população constitui um fenómeno real, que se apresenta com uma população idosa e cada vez mais idosa, portadora de situações crónicas que levam sem dúvida a um consumo de serviços de internamento hospitalar e conseqüente surgimento de instituições de apoio social, ou seja, os denominados lares de terceira idade. Estes lares são hoje uma garantia de prestação de cuidados indispensáveis à manutenção de uma vida digna para muitos idosos e um inestimável contributo para a saúde e bem-estar dos seus residentes.

A política hospitalar passa sem dúvida por estratégias que visam o afastar de utentes idosos doentes e em fim de vida das suas estruturas, que levam a altas precoces para o domicílio onde aguardam o seu fim, ou seja, a morte. As famílias não apresentam condições para

acolher o seu familiar idoso doente e com limitações a diversos níveis. Na verdade, a estrutura familiar sofreu modificações significativas ao longo dos tempos, a mulher deixou o seu papel de cuidadora da casa entrando no mercado do trabalho, apresentando assim, menos tempo para cuidar do seu familiar idoso doente e em muitos casos em fim de vida.

Surgem assim na nossa sociedade, instituições de caridade e de apoio social para idosos, denominadas como lares, asilos e albergues conotados com uma imagem sombria, malcheirosa onde os idosos esperam o fim do seu ciclo de vida.

Existem sentimentos de culpabilidade por parte dos familiares que tomaram tal decisão. As famílias, na conjuntura atual da sociedade em que vivemos, não têm condições para cuidar do seu idoso em situação de incapacidade ou atingida por uma síndrome cognitivo-mnésico. Como tal, não se deve responsabilizar a família como se tratasse de “desembaraçar” ou de “abandonar” o seu idoso. Gineste e Pellissier (2008:230)

Este problema tornou-se real, contudo, a nossa sociedade procura por todos os meios não ver este facto, verifica-se o aumento do número de idosos em lista de espera nos lares, os problemas de saúde apresentados pelos idosos são cada vez mais graves, as instituições debatem-se com falta de pessoal qualificado, sem recursos económicos e tecnológicos correspondentes.

As instituições de terceira idade, nos anos recentes passaram a receber um número crescente de idosos dependentes ou semidependentes, não conseguindo adequar-se às novas necessidades o que levou a uma visão desfavorável das mesmas.

Para agravar todo este processo, os programas do governo referentes à saúde do idoso não é abrangente a toda esta população.

Como é evidente a institucionalização do idoso deve ser o último recurso a ser tomado. Devemos valorizar a permanência do idoso até ao fim dos seus dias na sua própria casa, envolvido no seio familiar de forma a proporcionarem carinho, afeto e amor.

É de salientar e segundo Pimentel (2001:67) *“Segundo dados do Instituto Nacional de Saúde – INE (1999), 97,5% da população idosa vive em famílias clássicas e 2,5% em famílias institucionais, ou seja, ao contrário do que vulgarmente consta em termos de opinião pública, a percentagem de idosos institucionalizados é relativamente reduzida (ainda que a procura seja consideravelmente superior) ”.*

Netto (1996:406,407) refere que a decisão de ingresso numa instituição deve ser tomada depois de examinadas as alternativas possíveis, procurando soluções no seio familiar, nos vizinhos e na utilização de recursos comunitários. O mesmo autor defende que mesmo estando o idoso institucionalizado, para a sua vida o ambiente familiar é crucial, uma vez que o contato com a família permite que os idosos se mantenham próximos do seu meio natural de

vida (a própria família). E que o seu contato permanente com a família preserva o seu autoconhecimento, valores e critérios.

Vários estudos têm confirmado “...*que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão de internamento o motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efetivo em caso de maior necessidade*”. Pimentel (2001:73).

Assim, a solidão e o isolamento, juntamente com a precaridade de condições económicas e habitacionais, surgem a par com a dependência física, nos motivos da institucionalização da pessoa idosa.

A pessoa idosa vê-se cada vez mais limitada a nível das suas capacidades físicas e psicológicas, os recursos do seu meio ambiente envolvente diminuem e levam sem dúvida ao processo de institucionalização.

Fernandes (2000:47) citando Busse (1992) que “...*geralmente é uma combinação de crescente debilidade da pessoa idosa e recursos financeiros e emocionais decrescentes dos membros da família que levanta a questão emocionalmente difícil de uma institucionalização a longo prazo. A perspetiva de qualquer troca, particularmente uma mudança do ambiente familiar para um ambiente desconhecido, é geralmente experimentada pela pessoa idosa como uma ameaça à sua segurança*”.

O idoso institucionalizado vê com nostalgia a perda de uma vida ativa, onde até certo ponto podia ser o senhor do seu mundo e das suas ações. Recorda ainda, com tristeza, um tempo desenrolado entre os laços familiares e comunitários, agora longínquos. Cardão (2009:12).

Uma vez institucionalizado o idoso, deve-se procurar evitar fatores negativos inerentes a todo o processo, como indica Fernandes (2000:47) a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma, sem ter em conta as diferenças de cada idoso. Corresponde a um sistema rígido o qual pode conduzir a uma autêntica carência de liberdade do idoso.

A institucionalização da pessoa idosa *representa “... uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu o contributo mais ou menos válido. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila*” Pimentel (2001:75).

Costa (1999:11) refere a necessidade de os lares terem uma visão diferente, pois, o idoso é retirado do seu mundo social e congregado à volta de uma mesma finalidade e com um tempo

previsto para a realização das suas atividades, incapacitando o que ainda de criativo persiste naquele ser humano.

Estas instituições devem promover ao idoso uma participação ativa na vida quotidiana da mesma, evitando assim a monotonia. Não basta mantê-lo limpo, alimentado adequadamente com todos os nutrientes, promover o seu repouso e eliminação se não for visto como um todo, ou seja, numa abordagem holística, como afirma Netto (1996:408).

O mesmo autor referencia que cada dia deve ser marcado por atividades estimulantes, o amanhecer diferente do anoitecer, uma semana distinta da outra. O suceder das estações deve ser lembrado com frutas da ocasião, flores, eventos, datas festivas, os dias que se tornam mais longos, as mudanças de temperatura. Com o intuito de evitar a passividade, as constantes queixas, ou mesmo o parar no tempo e um olhar vazio no espaço

A maior ou menor facilidade de integração e aceitação da realidade institucional depende, em grande medida, do tipo de normas que regulam o funcionamento da instituição e do grau de abertura que esta tem em relação ao espaço exterior. Pimentel (2001:207).

A preservação e a potencialização das capacidades individuais tornam-se fundamentais para a continuidade e bem-estar do idoso, por forma a evitar interações insatisfatórias e experiências de frustração intolerável. Cardão (2009:40).

Para Fernandes (2000:48), *“Devem ser aceites e respeitadas as necessidades sociais, psicológicas, religiosas, culturais, políticas e sexuais dos idosos. Permitir apenas as restrições necessárias à consecução de um bom nível de cuidados à proteção da saúde e à segurança do idoso”*.

O sentimento de perda que o idoso vivência com o processo de institucionalização vai sem dúvida afetar a sua personalidade. A perda da sua intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade de decisões pessoais, da estimulação intelectual e da privação espiritual levam a uma perda de segurança e de valores pessoais.

Como refere Giddens (2001:2), *“A intimidade implica uma indiscriminada democratização do domínio das relações interpessoais de forma inteiramente compatível com a democracia na esfera pública”*.

O mesmo autor (2001:96), reforça a ideia *“A intimidade significa a revelação de emoções e de acções que o indivíduo não quer expor a um olhar mais vasto. Na verdade, a revelação daquilo que é guardado das outras pessoas é um dos principais indicadores psicológicos para estimular a confiança do outro e para a obter em retorno”*.

Para Giddens (2001:130,132), a autonomia significa a capacidade individual para a autorrealização e autodeterminação em deliberar, julgar, escolher e agir de acordo com os

possíveis rumos da ação. Autonomia significa a realização com êxito do projeto reflexivo do self, como condição de um indivíduo se relacionar com os outros de um modo igualitário. *“O projecto reflexivo do self tem de ser desenvolvido de forma a permitir a autonomia em relação ao passado, o que, por sua vez, facilita a colonização do futuro.”*

De salientar que a autonomia ajuda também a estabelecer os limites pessoais necessários para uma fecunda condução das relações.

Os idosos vivenciam esta mesma realidade de uma forma diversificada. O que para uns pode representar uma melhoria das condições de vida e da sua estabilidade emocional, para outros trata-se de uma rutura com o seu espaço físico e relacional, que pode ser acompanhada por sentimentos de depressão e mesmo de exclusão, como nos refere Pimentel (2001:205).

Sendo assim, qualquer que seja o ambiente institucional, a entrada neste ambiente é sempre angustiante para o idoso. Uma adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só da sua personalidade e da forma como foi envelhecendo, como também de fatores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional.

Existe assim, a necessidade de fortificar as relações sociais quer no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente. Principalmente com o exterior, como uma forma de abertura à realidade da vida social. A interação com a família, a existência de contatos com a sua rede de relações, como, as visitas, os telefonemas e a correspondência, são sem dúvida um incentivo positivo para a manutenção de uma vida social mais ativa e promovendo uma maior autonomia da pessoa idosa. Numa procura incessante de conservar um sentimento de utilidade social e de valor, enquanto pessoa com experiências de vida e saberes próprios, por via da implicação na vida da comunidade residencial e da vida social em geral.

Cabe à instituição acolhedora do idoso de criar meios facilitadores para a sua integração, não atendendo unicamente ao seu valor social, mas sim, a um conjunto de fatores. Deve ser prestado um acolhimento e encaminhamento personalizados, que passam por uma informação adequada sobre o funcionamento da instituição, os seus direitos e deveres, e ainda, por uma disponibilidade para ajudar a solucionar os seus problemas. A instituição não deve dar primazia só às necessidades fisiológicas, como alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene, mas também atendendo à especificidade, à experiência, à vivência de cada indivíduo idoso.

“A consciencialização para estas particularidades deve passar, em primeiro lugar, pela formação dos vários profissionais que trabalham com idosos. Esta é uma das condições básicas para promover a humanização dos serviços”, como indica Pimentel (2001:233).

Segundo Gineste e Pellissier (2008:224), existem princípios essenciais que a instituição deve respeitar para assumir a integridade, respeitar os valores do idoso que têm à sua guarda, e são:

- As características, as necessidades e as expectativas, dos residentes constituem o fundamento de toda a decisão em matéria de organização, de intervenção e adaptação;
- O estabelecimento deve favorecer a manutenção e o reforço das capacidades das pessoas acolhidas, bem como o seu desenvolvimento pessoal, tendo ao mesmo tempo em conta a sua vontade pessoal;
- A qualidade das práticas passa, antes de mais, pela preocupação constante com a qualidade de vida;
- O estabelecimento deve favorecer e apoiar a manutenção da interação da pessoa com a sua família e os seus próximos e favorecer o seu entendimento na tomada de decisão;
- A pessoa acolhida tem direito a um meio de vida de qualidade, onde lhe sejam proporcionados cuidados e serviços de qualidade;
- Toda a pessoa acolhida em instituição tem direito a um meio de vida que respeite a sua identidade, a sua dignidade e a sua intimidade, que assegure a sua segurança e o seu conforto, que lhe permita dar sentido à vida e exercer a sua capacidade de autodeterminação.

1.3 - IDENTIDADE E PERDA DE PAPÉIS

Com o processo de institucionalização, o idoso vai ao encontro de um ambiente coletivo de regras e imposições que nada tem ver com a sua personalidade e individualidade, com a sua própria história de vida, em que tudo funciona de igual modo para todos.

Este processo de institucionalização leva *“ao espartilhar a vida do homem em inúmeras «prateleiras» estanques, preconizadoras da indiferença civil e das relações íntimas de solidariedade, provocam profundas cesuras nos modos de vida do indivíduo, uma vez que os organiza administrativamente e de forma extremamente atomizada”*. Encarnação (1995) citado por Cardão (2009:12).

O idoso encontra neste ambiente institucional uma certa forma de aprisionamento e torna-se cada vez mais dependente do mesmo, uma vez que perde o contato com o seu meio familiar e comunitário. E vivência desta mesma realidade de uma forma nostálgica, como de uma vida perdida se tratasse.

De realçar a opinião de Gineste e Pellissier (2008:230,231), quando nos indicam que a entrada do idoso na instituição conduz a riscos importantes em termos de morbilidade física e psíquica e que estes mesmos riscos são acrescidos quando a imposição da institucionalização

é feita de maneira brutal e sem outra escolha possível. Os mesmos autores referenciam o resultado de estudos sobre estados de saúde e comportamentos de idosos institucionalizados que aceitaram este processo de uma forma normal e aqueles em que esta tenha sido imposta e as conclusões são significativas:

“Um ano após a admissão, observa-se nas pessoas em que a entrada foi imposta três vezes mais casos de incontinência, cinco vezes mais casos de deterioração mental e trinta e oito vezes mais casos de redução à cama do que naqueles que tinham aceitado a entrada na instituição. E também se encontram diferenças nos outros elementos estudados: 50 por cento dessas pessoas apresentam comportamentos de agitação e de agressividade (contra 7% destas), 19,5 por cento tentam fugir (contra 3,7%), 65,2 por cento apresentam regressão global (contra 12,3%), 36,9% recusam alimentar-se (contra 2,4%), 47,8 por cento formulam críticas constantes (contra 12,3%) e, finalmente 65,2 por cento são depressivos (contra 17,2%).”

A nível psicanalítico, perda associa-se a um objeto, que tanto pode significar, na realidade ou na fantasia, uma pessoa, como uma situação, coisa, símbolo, função, ideal ou objetivo. Laplanche e Pontalis (1990) citado por Cardão (2009:15).

A referir que o sentimento de perda é acompanhada por uma série de respostas afetivas, mais ou menos conscientes, que vão desde os sentimentos de tristeza aos de revolta, medo, ansiedade, ou de angústia. A capacidade de resposta do indivíduo idoso depende da organização da sua personalidade e do fator emocional do mesmo.

De acordo com Fonseca (2004:183), *“À medida que se envelhece, aspectos como a saúde física, alterações na personalidade e no estado de ânimo, mudanças na estrutura familiar e na esfera das relações sociais, entre outras variáveis, concorrem inevitavelmente para que se tenha de encarar o envelhecimento como um período em que os esforços de adaptação visam uma reorganização do modo de vida, decorrente das perdas (em maior número) e dos ganhos (em menor número) característicos deste processo.”*

Sendo o envelhecimento como um tempo de exposição a acontecimentos da vida e a transições em que cada idoso reúne em si mesmo riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico, mas corresponde também a um tempo de implementação de estratégias de confronto e de resolução dos desafios que o decorrer do curso de vida vai lançando ao potencial adaptativo do cada indivíduo. Fonseca (2004:223).

Pelo que é normal e esperado que todo o indivíduo idoso se depare com perdas e com ganhos, que o declínio possa suceder nalgumas áreas mas que noutras se registe crescimento, que a estabilidade e a mudança andem a par na definição do self nesta fase da vida.

De acordo com Fonseca (2004:228) e citando Lerner e hultsch (1983) “...o declínio na saúde e a perda do sentido de controlo são as principais ameaças à continuidade de um self saudável, apesar de ser difícil distinguir até que ponto este ou aquele acontecimento têm um impacte «mais negativo» sobre a identidade. À imagem de um corpo que fraqueja juntam-se outras, igualmente relevantes: os papéis sociais alteram-se, os pares morrem, muda-se de residência e a pessoa vê-se muitas vezes a servir-se de estratégias desajustadas para manter de si mesma uma imagem e um conceito positivo.”

Estas crises de identidade na velhice podem gerar mudanças significativas e substanciais no estilo de vida dos indivíduos e de interferirem no seu bem-estar geral, como na mudança no padrão de vida idealizado após a reforma e a ocorrência de acontecimentos imprevistos, criando dificuldades suplementares de adaptação. Uma experiência de perdas sucessivas, como o caso do emprego, perda do cônjuge e amigos, a perda de saúde, a perda de mobilidade, a perda da independência entre outras. As consequências nas mudanças das relações, particularmente com o cônjuge. Os problemas de saúde e problemas de autoconceito que podem provocar estados de frustração e/ou de confusão de identidades. A perda no controlo da vida pessoal que podem conduzir a um estado de dependência e de entrega do destino pessoal aos filhos ou a outros. Os problemas económicos que levam a sentimentos de insegurança afetando todas as outras dimensões. Fonseca (2004:184,185).

Como afirma Charazac (2001:29) “...mostram um Eu dividido entre um tempo biológico sem compromisso possível e o tempo do desejo que admite não só a reversibilidade do tempo mas também os fantasmas narcísicos da eternidade e da mortalidade. Quando o Eu descobre que não tem mais poder sobre a marcha do seu envelhecimento do que aquela que teve sobre a sua vinda ao mundo, compensa-se ainda deste limite investindo um tempo de compromisso entre as reivindicações do Id e as exigências da realidade.”

Reforçando a ideia Fontaine (2000:139) referenciando Erikson, indica que “...trata-se de gerir a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade associada à antecipação da idade avançada, de perda da autonomia e da morte. O indivíduo faz um balanço da sua vida, medindo a distância entre as finalidades que se propôs e as que atingiu.”

A perda do meio familiar e comunitário é um marco importante. O idoso perde o carinho, o amor, a afetividade da sua família, sente-se como que abandonado neste novo mundo que não foi durante uma vida o seu meio ambiente de sociabilidade. Perde o contato com os vizinhos, com os amigos e os colegas que foram a sua vivência, os laços de sociabilidade que estabeleceu durante a vida.

Cardão (2009:44), citando Encarnação (1995), afirma que o idoso segue o sentimento do silêncio ou da revolta, onde se sente desvalorizado, pela família, pela comunidade e pela sua própria situação de vida. Manifestando expressões, como:

“Estou só, não quero mais nada. Já não presto para nada, inútil, completamente inútil. Vestir uma roupa bonita para quê? Os filhos? Eles já não me vêm ver! Eu já não sirvo para nada! Estão demasiado ocupados com a vida deles, não têm tempo a perder!”

Denota-se neste discurso uma falta de esperança, uma certa agressividade voltada para si mesmo, uma vez que é um inútil, uma certa desculpabilização dos familiares pelo abandono, que é observável na pessoa idosa institucionalizada.

O idoso perde a sua própria independência, a realização pessoal das suas vontades, devido a normas, regras e princípios estabelecidos e pela observação que sofre pela sua conduta dentro da instituição.

Dentro da própria instituição a vida decorre de uma forma monótona e padronizada, que na gestão do tempo ou de espaço e mesmo de uma forma quase estática. O idoso que tenha projetos idealizados para o seu futuro encontra sem dúvida, barreiras impeditivas da sua realização pessoal. Estas normas rígidas levam a que o idoso deixe de ter motivação para planear por si próprio a sua vida. De salientar, que esta perda de autonomia leva o idoso a repensar as vivências do passado e que naquele momento atual nada de novo há a contar. É a sensação de o tempo ter parado para o indivíduo idoso, o sentimento de perda de forças para viver e que pode antecipar o seu fim, com pensamentos e afirmações quase constantes sobre a sua morte. Não são as normas e regras que vão resolver os problemas e sabendo que muitas vezes estes surgem, devido à multiplicação e da absurdez dessas mesmas normas e regras. *“Em nome da segurança e higiene, torna-se agora impossível comer alimentos cultivados no jardim de um lar de repouso, fazer um churrasco no terraço, desfrutar da companhia de um animal, receber e partilhar um bolo, ou mesmo abrir uma janela ou colocar um ramo de flores na mesinha de cabeceira...e ajudar as pessoas que editam as normas e regras a compreender o que é um meio de vida e a estabelecer a distinção entre proteção da vida e destruição do ser vivo.”* Gineste e Pellissier (2008:229).

Outro aspeto a ter em consideração, é a perda da sua privacidade, os espaços da instituição são partilhados por todos os seus membros, com pessoas que desconhece, que nunca fizeram parte do seu ciclo de familiares, amigos, vizinhos e colegas e com quem teve laços sociais íntimos e profundos. É a partilha do seu quarto, do seu cadeirão, da sala de refeições com um aglomerar de pessoas idosas e cada um com a sua realidade própria. As interações que o idoso estabelece com outros parceiros institucionalizados são por vezes marcadas pela

conflituosidade ou pela indiferença. É, frequente o idoso manifestar que a convivência com o outro é pouco proveitosa e que, de um modo geral, têm poucos interesses em comum que lhes permitam manter uma conversação agradável, muito menos o estabelecimento de laços de afetividade. Pimentel (2001:208)

A perda da sua intimidade, com a partilha do quarto com outros idosos que nunca teve laços sociais. Os cuidados de higiene e o seu banho pessoal que deixa de ser ao seu belo prazer, para ter que partilhar o seu corpo íntimo, entregados ao cuidado dos profissionais que trabalham na instituição. E com horas e dias bem definidos ao qual o idoso deve respeitar sem contestação. A interdição de estar no seu quarto fora das horas de dormir, que constitui um local de privacidade, onde não pode receber visitas de familiares e amigos, a menos que esteja acamado.

Verifica-se também, em certas instituições ao desincentivo no arranjo pessoal, com descuidar da sua imagem e do seu corpo, como uma representação inconsciente em que os idosos já não necessitam deste tipo de prazer. Contribui de forma significativa para a sua despersonalização.

Outro ponto a ter em conta, aquando da institucionalização, é a incompreensão no que respeita à sexualidade do idoso, não compreendendo que esta é resultado de um processo natural que é vivenciada em todas fases da vida, desde o nascimento à morte. Existem manifestações de amor e ternura que devemos respeitar no idoso e não devemos ridicularizar tornando-o como um ser assexuado e tivesse perdido a sua capacidade de amar. A carícia, o toque, o beijo, o carinho, o gesto são manifestações de sexualidade e que não compreendem unicamente o ato sexual.

“Como em qualquer outra idade, na velhice, o Homem também sente desejo de amar, de se sentir amado, de continuar a ser objeto de atenção e de afeto”. Lopes (1993) citado por Cardoso (2004).

Na verdade, verifica-se uma uniformização na prestação de cuidados e regulação dos hábitos de vida do idoso. O Eu do idoso sofre com toda esta realidade, sentindo-se como diminuído, um inútil, com perda da auto-estima, perda de sentimentos e desvalorização de si próprio. Sente um mal-estar em relação a tudo o que o rodeia, impõem-se o pessimismo na sua vida diária e em relação ao futuro, gerando conflitos entre o sentido da vida e da morte.

As perdas com que a pessoa idosa lida, não sendo partilhadas, escutadas e contidas, acabam por perpetuar um conflito interno sem voz, que, à custa do silêncio, leva facilmente a situações de doença depressiva.

Os autores, Gineste e Pellissier (2008:221), resumem bem o tipo de instituição que apelidam de totalitarista ou total e que interferem na humanidade da pessoa humana, na sua identidade e na sua singularidade, com as seguintes características:

- Obediência absoluta à lei da instituição – lei interna, na maior parte dos casos não escrita, diferente da lei prevalecente no exterior – submissão às interdições e obrigações eventualmente modificáveis e arbitrárias, ditadas pelos prestadores de cuidados, sanções e punições em caso de desobediência;
- Ausência de intimidade e de espaços privados: não há quartos individuais, não há mobiliário ou objetos pessoais, o armário ou a mesa-de-cabeceira são arrumados segundo critérios restritos e regularmente inspecionados, etc.;
- Ausência de ritmos pessoais: todos os internados são obrigados a viver segundo os mesmos horários, definidos em função da organização do trabalho;
- Despersonalização: inclusive, muito frequentemente, da identidade social (não utilização de apelido e do nome da pessoa) e da aparência (frequentemente, de um corte de cabelo, da escolha de vestuário, etc.);
- Vigilância apertada das relações entre internados: por vezes, interdição de se reunir e de constituir grupos; quase sempre interdição das relações amorosas ou e sexuais;
- Vigilância apertada das relações com o exterior: saídas interditas ou autorizadas como recompensa, direitos de visita restritos e dependentes da boa vontade dos prestadores de cuidados, etc.

De acordo com Guedes (2012:40) e citando Goffman (1990), *“o internamento desemboca numa remodelação do “eu” de tal maneira que a pessoa acaba sendo o que a instituição pede que seja através das suas práticas de vida e implicações regulamentares.”*

Para além de todo este controlo de todos os aspetos da vida do idoso, acrescentam-se cuidados restritos ao mínimo, à simples resposta das necessidades fisiológicas do indivíduo. De salientar, que verificamos quando o idoso perde a sua capacidade de mobilidade é-lhe reservado um espaço muito reservado de vida, que se situa entre a cama, cadeira e salão das refeições. Mesmo este salão das refeições por vezes, não é respeitado dando-se a refeição no seu cadeirão e como justificação dada, a gestão de tempo e a falta de pessoal.

Outro aspeto a ter em conta, são as condições arquitetónicas e sanitárias das instituições. Muitas vezes, são realizadas sem pensar no público-alvo que vão servir que podem apresentar limitações da mobilidade e os espaços físicos não estarem adaptados a estas realidades.

De salientar que todos estes pontos constituem fatores negativos no processo adaptativo do idoso à instituição. Mas segundo Fonseca (2004:226), indica que existem também recursos externos de coping e de uma ligação forte entre educação, estatuto socioeconómico, redes sociais e estratégias de coping que podem tornar-se facilitadores ao processo de envelhecimento. Em que os indivíduos com maior escolaridade revelam mais capazes para usarem estratégias de coping focalizadas na resolução de problemas, lidando com maior eficácia com as questões inerentes aos acontecimentos de vida, segundo estudos de Holahan e Moss (1987). Também aos indivíduos com estatuto socioeconómico mais elevado está associado o uso de formas adaptativas de coping baseadas em escolhas flexíveis, apresentando menor inclinação para adotarem soluções rígidas e estandardizadas. Para Moos e Schaefer (1986), da análise de estudos realizados constatam que indivíduos com uma rede social de apoio mais desenvolvida e com mais recursos sociais, usam estratégias de coping mais ricas.

Cabe também ao idoso um papel de aceitação das transformações do seu próprio corpo, o reconhecimento da finitude da vida e a perda progressiva das relações interpessoais, Colarusso (1998), citado por Oliveira (2005:41), indica três tarefas específicas do idoso, a de manter a imagem do corpo e a sua integridade física, a aceitação da morte dos outros (amigos, familiares) e saber preparar a sua própria morte, não podendo deixar de se confrontar com esta mesma realidade, dependendo muito da sua felicidade ou bem-estar psicológico.

Este deve assim, saber acompanhar ao longo da curva da vida, a evolução do seu *self*, sendo necessário encontrar novos ideais e novos valores. Compete-lhe fazer uma correta e contínua revisão da vida, como uma espécie de percurso no interior de si mesmo, sabendo aceitar os aspetos negativos do passado, para não cair na desilusão, depressão ou mesmo desespero, e valorizando ainda mais aspetos positivos, adaptando-se à nova realidade da velhice. Oliveira (2005:42).

2 - DIMENSÕES DO CONCEITO DE IDENTIDADE

A Identidade pode ser definida como sendo um conjunto de caracteres próprios e exclusivos de um determinado indivíduo. De salientar que este conceito está ligado a atividades inerentes à pessoa, à sua história de vida, ao futuro, a sonhos e fantasias, características da personalidade e outras relativas à própria pessoa. Deve-se referir que a identidade permite individualizar o sujeito como ser único diferente do seu semelhante.

Desde a infância o sujeito vai construindo a sua própria identidade, resultado do produto da relação que mantém com os seus pais. A criança assimila informação que vai transformando e formando a sua própria identidade. Durante a escolaridade o indivíduo vai adquirindo conhecimento e saber que vão formando a sua identidade. Depois existe a realidade social em que o indivíduo estabelece uma relação de trocas com os seus semelhantes vão permitindo a construção da sua personalidade e identidade própria.

Em estudos de psicologia, o autor Ciampa (1987), entende por identidade como a metamorfose, ou seja, em constante transformação, sendo o resultado provisório da interseção entre a história da pessoa, do seu contexto histórico e social e dos seus projetos. A identidade tem caráter dinâmico e o seu movimento pressupõe uma personagem. Esta personagem é a vivência pessoal de um papel previamente padronizado pela cultura, é fundamental na construção identitária. As diferentes maneiras de se estruturar as personagens resultam diferentes modos de produção identitária.

Identidade pressupõe movimento, como resposta a uma aculturação a ritos sociais.

Um outro autor Dubar (1997) define identidade como o resultado do processo de socialização, que compreende o cruzamento dos processos relacionais (dentro de um sistema de ação nos quais os sujeitos estão inseridos) e biográficos (tratam da sua história de vida, habilidades e projetos pessoais).

Para Costa (1985:21,46) citando Erikson (1968), define identidade de uma forma interdisciplinar em que a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência do indivíduo. Pelo que a identidade pode ser referida como o caminho que o indivíduo segue para a definição de si próprio, e de conteúdo, ou seja, os elementos que constituem a sua definição.

Indica Guedes (2012:19), que identidade “...como o produto de sucessivas socializações, ela está em permanente reestruturação, ao longo da vida, dependendo das orientações dos indivíduos, assim como das perspectivas e dos julgamentos que os outros lhe conferem.”

Para Charazac (2001:27,28), o Eu é tão difícil de definir como o tempo. *“Como instância, ele representa o sistema que assegura as funções defensivas e de adaptação do aparelho psíquico no seio do qual sofre a pressão do Id e os interditos do Supereu, tendo de fazer frente às exigências exteriores da realidade.”*

Giddens (1997:1) indica que *“O self não é uma identidade passiva, determinada por influências externas; ao forjarem as suas auto-identidades, e independentemente do carácter reduzido dos seus contextos de acção específicos, os indivíduos contribuem para, e promoverem directamente, influências sociais com consequências e implicações globais.”*

Dubar (1997:81) indica que a definição de identidade resulta do reconhecimento recíproco *“conhecimento de facto que a identidade do eu só é possível graças à identidade do outro que me reconhece, identidade essa, dependente do meu próprio conhecimento.”*

Segundo Fontaine (2000:141,142) e referenciando Whitbourne *“a personalidade preenche um papel central de identificação (quem sou eu?) que permite o indivíduo uma construção unificada ao longo da sua vida que confere sentido ao seu passado, ao seu presente e à sua representação do seu futuro”*. Afirma ainda, *“A identidade surge como um processo de equilíbrio entre a mudança e a estabilidade que o indivíduo deseja manter permanentemente ao longo da sua vida.”*

A visão de que a identidade do indivíduo nunca é transmitida, mas sim construída e reconstruída numa incerteza maior ou menor de acordo com as vicissitudes da vida. O indivíduo não tem consciência da formação da sua identidade: esta constrói-se de pequenas peças através de pequenas decisões que funcionam como uma espécie de reagente na personalidade, resultando numa estrutura da identidade. Costa (1985:47).

Salienta Dubar (1997:104) e apoiando-se em Erikson de que *“identidade nunca estar instalada, nunca estar acabada, já que aquilo que envolve o Eu é instável e que os indivíduos atravessam obrigatoriamente crises de identidade ligadas a fissuras internas do eu.”*

Como refere Erikson, citado por Oliveira (2005:52,53), que todo o ser humano, passa por oito crises ou situações dilemáticas que vão surgindo ao longo da sua vida a que o sujeito tem que resolver. O mesmo autor referencia que nesta fase da vida o dilema preponderante é o da integridade/ integração do Eu versus desespero, em que o sujeito se superou bem os estádios anteriores, atingiu a plenitude da sua integridade que compreende a aceitação e responsabilidade pela vida, a capacidade de defender o seu estilo de vida, o reconhecimento da integridade dos outros e a modéstia frente ao universo, tudo culminando na sabedoria que leva também a aceitar as limitações e a própria morte. Caso contrário, crescerá o medo da morte e mesmo sentimentos de desespero frente à impossibilidade de começar tudo de novo. O sucesso ou insucesso deste

período depende do modo como superou ou não os estádios de desenvolvimento definidos por Erikson. Como indica o mesmo autor, um dos desafios específicos da velhice é reconciliar-se com o passado, investindo ao mesmo tempo no presente, mantendo a sua integridade, como uma etapa do desenvolvimento com um novo equilíbrio que atinge o interior da pessoa mas também as relações interpessoais que são fundamentais para a obtenção deste equilíbrio e para a prática da sabedoria. Oliveira (2005:54).

Para Whitbourne (1987) citado por Oliveira (2005:68,69), atribui à personalidade o papel de autoidentificação, permitindo ao indivíduo uma construção unificada ao longo da vida, conferindo sentido ao passado, ao presente e ao futuro. Projetando o seu futuro conforma as suas motivações e finalidades e conforme a situação sócio-económica e laboral em que se encontra. Integrando uma construção unificada da identidade do indivíduo, surgindo como um processo de equilíbrio entre a estabilidade e a mudança. Sendo assim, *“Diante de um acontecimento feliz ou doloroso, o sujeito entra num processo de transformação de identidade, lendo o passado e projectando o futuro de modo diferente. Trata-se de um modelo circular ou dialéctico onde a assimilação/acomodação se equilibram a fim de manterem a identidade do sujeito”*.

A identidade deve ser vista nesta dualidade da sua própria definição: identidade para si e identidade para o outro e que são inseparáveis e estão ligadas de uma forma problemática *“Eu só sei quem sou através do olhar do Outro”*. Eu não posso ter a certeza que a minha identidade para mim coincide com a minha identidade para o Outro. Sendo que a identidade nunca é dada, mas sempre construída e reconstruída numa incerteza maior ou menor e mais ou menos durável.

Indica Dubar (1997:105) que *“identidade não é mais do que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições.”*

O mesmo autor, Dubar (2000:4) afirma que *“Ces manières d’identifier sont de deux types: les identifications attribuées par les autres (ce que j’appelle «identités pour autrui») et les identifications revendiquées par soi-même («identités pour soi»).*

No caso concreto em estudo, do idoso, verifica-se que existe uma reconstrução do passado acompanhada de uma antecipação provável da trajetória de vida para o futuro, como que de um processo da auto-interrogação sobre como o indivíduo lida com o tempo da sua duração de vida. Numa forma de pensar o tempo de uma forma positiva, deixando a vida ser vivida, em vez de consistir numa quantidade finita que se vai esgotando, evitando uma atitude de desespero. Giddens (1997:67).

O mesmo autor (1997:68), referência que o indivíduo deve estar preparado para efetuar coortes, mais ou menos completos com o passado e encontrar novos cursos de ação que não podem simplesmente ser guiados pelos hábitos estabelecidos.

Indicando mesmo tratar-se de um momento de crise de identidade, Dubar (2000:9,10), *“Phase difficile traversée par un groupe ou un individu. Plus précisément, cette acception du mot crise renvoie à l'idée d'une rupture d'équilibre entre diverses composantes.”*

Continuando na mesma ideia, Dubar (2000:167) afirma que *“Car le «soi» ainsi agressé, parfois humilié, fait souffrir, il se sent orphelin des ses identifications passées, blessé dans ses croyances incorporées, honteux souvent des sentiments des autres à l'égard de «soi-même». Ces crises sont identitaires parce qu'elles perturbent l'image de soi, l'estime de soi, la définition même que la personne donnait «de soi à soi-même». L'ancienne configuration identitaire est devenue intenable, invivable, corporellement insupportable.”*

Como indica Fonseca (2004:218), *“...a existência de processos subjetivos de percepção do self que vão influenciar a forma como o indivíduo que está a envelhecer efectua a «regulação do eu» ou a «regulação da identidade pessoal» em função dos acontecimentos de vida mais ou menos adversos que lhe sucedem no seu quotidiano, com tudo o que isso implica em termos de estratégias de controlo pessoal, (re) formulação de projectos e objectivos, indicadores de bem-estar psicológico.”*

Giddens (1997:69 a 74), referenciando a obra de Rainwater, indica que estando cientes de que o Eu, *Self* constitui um projeto reflexivo, pelo qual o indivíduo é responsável *“Nós somos não o que somos, mas sim o que fazemos de nós”*. O indivíduo é dependente de esforços reconstrutivos em que se empenha em construir e reconstruir um sentimento de identidade coerente e recompensador.

O *Self* forma uma trajetória de desenvolvimento do passado para o futuro antecipado. O indivíduo assimila o seu passado preparando o seu futuro de acordo com os valores essenciais e aceites como válidos. Esta reflexividade do *Self* é contínua e penetrante, levando o indivíduo a uma auto-interrogação sobre o que acontece ao seu redor. Tornando a sua auto-identidade como algo de explícito, coerente constituindo mesmo, uma autobiografia de manutenção de um sentido integrado do *Self*. Tendo em conta que a auto-realização do *Self* implica o controlo do tempo, em que o futuro deve ser ordenado por processos ativos de controlo temporal e de interação ativa da integração do Eu na vida quotidiana. E esta auto-realização deve ser entendida em termos de um equilíbrio entre oportunidade e o risco, largando o passado através de várias técnicas para se libertar de hábitos emocionais opressivos que pode levar um conjunto de oportunidades para o autodesenvolvimento.

Tendo em conta que o fio condutor moral da auto-realização é a autenticidade, em que o crescimento pessoal depende da superação de bloqueios e tensões emocionais que nos impedem de nos compreendermos a nós mesmos como realmente somos.

Durante o curso de vida o *Self* vivência uma série de passagens e que algumas vão sem dúvida implicar com perdas e que levam a uma certa negociação de uma transição significativa na vida, correndo riscos conscientes de modo a poder alcançar as novas oportunidades que se abrem com as crises pessoais e integrado numa sociedade onde reinam valores, princípios e normas regulamentadas que definem a envolvimento do Eu no estabelecimento de relações sociais.

A nossa identidade define-se como o sentimento de pertencermos a um determinado grupo.

Surgem assim conceitos chave sobre identidade, como nos indicam Giddens (1997) e Dubar (2000).

2.1 - IDENTIDADE SOCIAL

A nossa posição na família, na comunidade, na sociedade e as várias relações, práticas, identidades e culturas sociais que conseguimos estabelecer. Resultam da construção de significados e da interação constante com a sociedade em que vive. Sendo a identidade uma construção social, e não um dado adquirido, herdado biologicamente, mas sim representam a forma como os indivíduos se relacionam neste mundo uns com os outros. Constitui a socialização, como um processo de identificação, de construção da identidade, ou seja, de pertença e de relação. Para Dubar (1997:31), *“Socializar-se é assumir o sentimento de pertença a grupos (de pertença ou de referência), ou seja, assumir pessoalmente as atitudes do grupo que, sem nos apercebermos, guiam as nossas condutas.”*

Numa outra obra, Dubar (2000:18), referenciando Robert Elias, indica que *“Il n’y a pas d’identité du Je sans du Nous, mais aussi l’identité Nous-Je”* afirmando ainda que *“l’identité des Nous dominerait intégralement les identités des Je. On ne peut y trouver d’identités des Je que totalement «prises» dans l’identité de ces Nous considérés comme «totalitaires».”*

Reforçando a ideia de que socialização se trata de um processo pelo qual o indivíduo aprende e interioriza os valores de um grupo de referência (normas, valores e modelos) ao qual deseja pertencer. E que esta forma de socialização ajuda o indivíduo a impor-se perante o grupo e deveria facilitar a sua adaptação no seio do mesmo.

Existem um conjunto de multidimensões de inserções sociais que envolvem o indivíduo, as suas práticas sociais, as identidades sociais e uma cultura determinante.

De acordo com Giddens (1997:11), indica que as circunstâncias sociais não são separáveis da vida pessoal e tão-pouco são apenas um ambiente exterior a elas. Na luta com os problemas individuais, os indivíduos contribuem ativamente para a reconstrução do universo social que os rodeia.

Afirma Dubar (1997:62), *“conceber a socialização como um mecanismo explicativo de inúmeras condutas individuais e como uma modelagem das personalidades, de acordo com as características mais estruturantes das culturas consideradas essenciais ao funcionamento social.”*

Estas identidades sociais assumem papéis diferentes em comunidades e sociedades diferentes, pois cada uma tem definido por padrões culturais para cada género, sexualidade, raça, classe social, etnia, religião e outras identidades sociais.

Como afirma Erikson (1968), citado por Dubar (1997:118), *“a identidade social não é transmitida por uma geração à seguinte, ela é construída por cada geração com base em categorias posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenroladas nas instituições que os indivíduos atravessam e para cuja transformação real, eles contribuem.”*

A teoria de Erikson, habitualmente designada por teoria psicossocial do desenvolvimento, que abrange a vida inteira e se caracteriza pela noção básica de que a forma como os indivíduos lidam com as suas experiências sociais acaba por modelar as suas vidas. Segundo o mesmo autor, todas as pessoas ao longo da sua existência, passam por oito estádios, ou momentos de crise, que são diferentes e em que cada um desses momentos estão abertos a sentimentos positivos como a confiança, intimidade e integridade, e vulneráveis à ação de sentimentos negativos como culpa, inferioridade e isolamento. Fonseca (2004:44).

Sendo assim, a identidade está em permanente movimento e dinâmicas de destruturação/reestruturação e que leva por vezes a formas de crise identitárias.

Segundo Erikson (1986) citado por Schultz e Schultz (2002:213), afirma que na velhice, deparamo-nos com uma opção entre a integridade do ego e o seu possível desespero. Em que essas atitudes regem a forma como avaliamos a nossa vida como um todo. E que neste período os maiores esforços da vida estão concluídos ou perto de o serem. Se examinarmos a nossa vida e refletirmos sobre ela, fazendo uma avaliação final podemos ter um sentimento de realização e satisfação, pensando que lidamos da melhor forma com as vitórias e falhas da vida, pode-se dizer que temos a integridade do ego, ou seja, de uma forma simples, a pessoa aceita o seu lugar

e o seu passado. Caso contrário, se fizermos uma avaliação da vida com um sentimento de frustração, aborrecidos porque perdemos oportunidades e arrependidos de erros que não podemos corrigir, então somos levados ao desespero. Como uma sensação de desgosto consigo próprio e com uma sensação de amargura em relação ao que poderíamos ter feito.

Em grande parte o sucesso ou insucesso deste período depende do modo como se superou ou não as fases anteriores, descritas por Erikson. Sendo este período de velhice o nível mais evoluído do processo de integração da personalidade tendo em conta o pólo pessoal da individualidade e o pólo social do relacionamento interpessoal. Oliveira (2008:62).

O mesmo autor (2008:62), referenciando Erikson (1986), afirma que “ *...um dos desafios específicos da velhice é reconciliar-se com o passado, investindo ao mesmo tempo no presente. Assim, o Eu não se desintegrará antes manterá a integridade que constitui uma verdadeira etapa de desenvolvimento com um novo equilíbrio que atinge o interior da pessoa mas também as relações interpessoais que são fundamentais para obtenção deste equilíbrio e para a prática da sabedoria*”.

Para Peck (1968) referenciado por Oliveira (2008:63) indica ser necessário resolver três conflitos: “*1) diferenciação do Eu vs. Preocupação com o papel profissional (se o sujeito só avalia o seu status pela profissão, quando se reforma pode sofrer uma crise mais acentuada); 2) transcendência do corpo vs. Preocupação com o corpo (que, a ser excessiva, perturba o idoso que se deve acostumar a gerir o declínio das forças físicas); 3) transcendência do Eu vs. Preocupação com o Eu (essa transcendência passa por aceitar a morte, interrogando-a num projecto de vida e eventualmente de fé religiosa).*”

Enquanto para Levinson (1990) citado por Oliveira (2008:63), apresenta que o desenvolvimento na idade adulta não se processa sempre numa sequência hierarquizada de estádios, mas através de eras ou estações com as respectivas mudanças. Falando numa estrutura da vida definida como modelo ou desenho subjacente à vida da pessoa num dado momento. Sendo que estas estruturas desenvolvem-se na interação entre o Eu e o mundo exterior, alternando entre fases estáveis de transição.

Para Bandura (1986) citado por Schultz e Schultz (2002:400), indica que na fase da velhice as reavaliações da autoeficácia da vida são difíceis, devido ao declínio das capacidades mental e física, a reforma e o afastamento da vida social exigem uma nova autoavaliação. Uma determinada diminuição da autoeficácia pode posteriormente afetar o funcionamento físico e mental, como um tipo de profecia autorrealizadora. Sendo para este autor, a autoeficácia o fator crucial na determinação.

No caso concreto de idosos institucionalizados, a família assume um papel primordial a nível das trocas intergeracionais, é no seio desta onde o indivíduo idoso encontra conforto, carinho, afeto e amor que fundamentam a sua existência enquanto ser humano. A mudança de estrutura residencial pode levar a uma separação com o meio familiar, uma rutura em relação à vida e aos hábitos e a uma adaptação a um novo ambiente, gerando um forte impacto emocional e mesmo de crise da sua identidade, sendo necessário a este idoso efetuar um esforço suplementar, para encontrar uma nova reconfiguração identitária.

Dubar (2000:172, 173) afirma que o sujeito em crise é também um sujeito social *“il s’agit, pour lui, de retrouver des références, de repères, une nouvelle définition de lui-même et donc des autres et du monde. Ces nouveaux repères, ces nouvelles références sociales, différentes des précédentes, permettent progressivement d’incorporer une autre configuration identitaire, un autre arrangement entre formes «communautaires» (Weber) et «sociétaires» (Marx e Engels), entre «identités pour autrui» et «identité pour soi».*

Reforçando a ideia, *“Ils impliquent la reconstruction d’une nouvelle identité personnelle, différente de l’ancienne, pas seulement parce que le statut change «objectivement» mais parce que le sujet doit gérer «subjectivement» de nouvelles relations avec les autres et, peut-être surtout, la continuité entre son passé, son présent et son futur.”*

2.2 - IDENTIDADE INDIVIDUAL

Como um ser único, com as suas próprias características de ser, de gostos, de prazeres, de ideologias, de princípios, de valores e de normas. Integrando-se aspetos relacionados com a sua privacidade, integridade, intimidade e independência.

O valor da alteridade que consiste na forma como vê o ser semelhante, os seus comportamentos e atitudes. A sua autenticidade, a sua singularidade, a sua unicidade do indivíduo são as dimensões a ter em conta. Com o processo de institucionalização pode surgir uma perda de identidade do ego como referência Erik Erikson (1977), nos seus estudos.

De acordo com Teixeira (2000:11) e indicando a definição de identidade de Charles Taylor (1989) de que *“A minha identidade é definida pelos compromissos e identificações que proporcionam a estrutura ou horizonte em cujo âmbito posso tentar determinar, caso a caso, o que é bom, ou valioso, ou o que se deveria fazer ou aquilo que endosso ou que me oponho. Noutros termos, trata-se do horizonte dentro do qual sou capaz de tomar uma posição.”*

Para a afirmação da identidade são essenciais a interpretação e a linguagem do ser humano, na sua definição. A linguagem do ser humano constitui uma condição de possibilidade de autorreferenciação, através da qual se pode construir e reconstruir, numa interação constante com os significados socialmente circundantes. Sem a linguagem o Eu não poderia surgir e emergir, sem a capacidade de dar sentido ao ser verdadeiro encerrado dentro de si.

Esta identidade pessoal pode ser vista como uma apropriação subjetiva da identidade social, isto porque é marcada quer pelas categorias de pertença objetiva, quer pela relação com os outros.

Como indica Guedes (2012:28,29) citando Herzog e Markus (1999) “...o “eu” do indivíduo, o seu “self”, podemos defini-lo como um sistema dinâmico e multifacetado de estruturas interpretativas que regula e modera o comportamento, contemplando representações e rotinas cognitivas, afectivas, e somáticas, ou seja, caracterizando todo o processamento de informação, condicionando a postura do sujeito no mundo que deriva das experiências, actividades e bem-estar, passadas, presentes e futuras.”

Para os mesmos autores e seguindo a mesma linha de raciocínio “ O “eu” do indivíduo, ainda que possua significados idiossincráticos é, pois, simultaneamente, construtor e construído pelo meio, atendendo, aos diferentes contextos em que se insere. As características do “eu”, construídas na base de uma negociação permanente entre o sujeito e o seu contexto, ajudam-nos a compreender a adaptação ao envelhecimento.”

Outro ponto a ter em consideração é a autonomia de decidir de sua livre e exclusiva vontade sobre diversos aspetos, quer de gestão financeira, de decisões de gestão de momentos da sua vida, são pontos importantes na identidade do indivíduo.

O respeito da sua individualidade, o sentir-se útil perante as pessoas envolventes são pontos importantes da identidade da personalidade.

O bem-estar de viver relacionados coma a felicidade, o sucesso, a moral, a satisfação inferem na qualidade de vida.

Poderemos dizer que a identidade pessoal se gera de um modo holístico, com uma interação continua e bidirecional das partes de um todo, entre várias dimensões deste tipo de organismo: biológica, emotiva, afetiva, comunitária, social, ecológica e espiritual. Teixeira (2000: 63, 64).

Esta identidade pessoal emerge sobretudo da perceção interna que os indivíduos humanos possuem de si próprios, ou das representações neurais que os indivíduos constroem de si próprios. Produzem a representação de si próprios inseridos em comunidades nas quais vivem

e reconstróem representações identitárias do seu Eu., construindo unidades complexas. Teixeira (2000:65).

O mesmo autor afirma, que a identidade pessoal constitui um processo contínuo e interrupto dentro de si, dentro de um padrão organizacional único de cada sujeito. Esta identidade é consequência da percepção que os sujeitos têm de si próprios e da sua envolvimento com o meio social envolvente.

Como afirma Dubar (2000:173, 174) e recorrendo a Goffman “...*l'identité personnelle n'est rien d'autre qu'un «porte-identité sociale», organisé à partir d'une identification principale.*” Indicando ainda o mesmo autor (2000:198), “*L'identité personnelle ainsi conçue n'est pas «déterminée» par ses conditions sociales. Elle est construite à partir des ressources de la trajectoire sociale qui est aussi une histoire subjective. C'est le lien communautaire, sans possibilité de s'en distancier, qui «détermine» les individus en leur imposant ses normes, ses règles, ses rôles, et statuts, reproduits de génération en génération.*”

2.3 - IDENTIDADE CULTURAL

Inerente ao meio que nos circunda com os seus hábitos, costumes e tradições que vão modelar e definir a personalidade do indivíduo. A pessoa é formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam.

Dubar (1997:39) referenciando-se à conclusão do estudo de Ruth Benedict, indica que “*a maior parte das pessoas estão moldadas à sua cultura, devido à grande maleabilidade da sua natureza original: elas são adaptáveis à forma modalizadora da sociedade onde nasceram.*”

O mesmo autor (1997:40) sublinha ainda que “*A personalidade dos indivíduos é o produto da cultura onde nasceram. Mais precisamente, as instituições com as quais o indivíduo está em contacto no decurso da sua formação produzem nele um tipo de condicionamento que, a longo prazo, acaba por criar um certo tipo de personalidade.*”

Sendo a cultura, considerada como um todo, uma eficácia sui generis sobre os indivíduos que ela modela e impregna de uma forma geralmente inconsciente.

Para reforçar esta ideia, Dubar (1997:45), apoia-se em Linton que afirma “*a cultura é totalmente exterior ao indivíduo que nasce, e torna-se parte integrante da sua personalidade na idade adulta. O que transforma um agregado de indivíduos numa sociedade ou num grupo social não é apenas a sua organização, mas também e sobretudo o seu espírito de corpo, isto*

é, a cultura feita corpo, no duplo sentido da interiorização do corpo biológico, dos gestos, posturas, atitudes construtivas da cultura do grupo ('modos de fazer, de sentir, de pensar'), e de exteriorização dos seus modos de estar em conjunto num 'corpo de regras específicas' que constituem a manifestação da 'comunidade das ideias e dos valores', bem como 'a aptidão para agir voluntariamente em grupo'.

Linton, referenciado por Dubar (1997:47,48), afirma que as sociedades são constituídas de tal forma que só podem exprimir a sua cultura por intermédio dos indivíduos que a compõem e só podem perpetuá-la pela preparação destes indivíduos e distingue quatro tipos de características culturais que intervêm na modelação das personalidades individuais:

- As características gerais (núcleo da cultura de uma sociedade) que são comuns a todos os membros: a linguagem, os valores de base, os modelos essenciais de relações sociais, os costumes comuns...;
- As características especializadas, comuns a certas categorias socialmente reconhecidas que partilham o mesmo status social: os sexos, os níveis etários, as classes sociais, os grupos profissionais...;
- As características alternativas que relevam as opções de reação perante as mesmas situações...;
- As particulares individuais que dizem respeito às escolhas pessoais e que são essências aos processos de inovação cultural...

3 – PAPEL DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS EM GERONTOLOGIA

3.1 – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA O BEM-ESTAR E CONFORTO DA PESSOA IDOSA

Cientes que o cuidar constitui um ato indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas da existência de todo um grupo social. Representa uma função primordial, inerente à sobrevivência de todo o ser vivo, tendo sido profundamente alterada entre os homens à medida das grandes mutações tecnológicas, socioeconómicas e culturais que geram a explosão e a dissecação de práticas de cuidados numa imensidão de tarefas e atividades diversas. Collière (1989:15).

Este ato de cuidar permite aos humanos, dar uma continuidade à vida, desenvolve-la e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo e mesmo a morte da espécie.

Para Collière (1989:29), cuidar é “...manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação.” Assim sendo, “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos como objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.”

Sendo a base da prática de enfermagem o servir os seus utentes com um conjunto de qualidades que se manifestam, exteriormente, mas que provêm da educação dos sentimentos e de uma vida interior profunda. Este dom de servir por parte da enfermagem constitui uma verdadeira missão, que exige para além da consciência de um dever a cumprir, também o dom de toda a sua pessoa para assegurar o sucesso de uma grande causa. É o sentir alegria de poder dar a cada instante e nas pequenas tarefas um pouco de si própria, da sua própria vida, de poder dá-la diretamente debruçando-se sobre o que os outros pedem, enquanto cuidados. É a vocação que dedicamos a esta causa nobre de sermos enfermeiros, “...é um apelo que ecoa em nós secretamente, é um apelo espontâneo que surge do íntimo do ser, que se comove no contacto com o sofrimento, é um impulso irresistível de todo o ser para aqueles que precisam ser aliviados, apoiados, que precisam de refrigério e consolação.” Collière (1989:81,82).

O idoso neste caso concreto é o ponto de partida e de chegada dos cuidados. Procuramos prestar cuidados ao nosso idoso e com o desejo de ultrapassar as simples motivações ideológicas, mas a procura de uma afirmação em que o conteúdo da relação de ajuda possa dar aos cuidados outras bases, que não assentem simplesmente na compaixão e na tecnicidade dos atos de cuidar em enfermagem. Procura-se oferecer cuidados de saúde essenciais,

universalmente acessíveis a todos os indivíduos idosos, suas famílias e comunidade envolvente, através de meios que sejam aceitáveis e com a sua participação ativa nos mesmos.

3.1.1 – A Enfermagem para a Promoção do Autocuidado

Para se falar em autocuidado temos que fazer referência à teoria de enfermagem de Dorothea Orem, devido à sua grande preocupação na melhoria dos cuidados de enfermagem e aliado à sua vasta experiência profissional.

Tendo a sua teoria como conceito de autocuidado que é definido como o conjunto de ações desenvolvidas pelos indivíduos que visam a manutenção da vida, saúde e bem-estar contínuo e recuperação da doença. Eben et al citado por Cunha et al (2005:37).

De acordo com Orem citada por Cunha et al (2005:37), *“Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar, (...). Porém, quando por motivo de doença, falta de recursos, factores ambientais, a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar, surge a enfermagem para ajudar o indivíduo a compensar o desequilíbrio existente.”*

Segundo Roper et al (1995:14), o modelo de Orem assume que o homem tem uma capacidade inata para ser um agente de autocuidados, para fazer uma contribuição contínua pessoal para a sua própria saúde e bem-estar. Dando ênfase à responsabilidade individual e defende a prevenção e a educação sanitária como aspetos-chave da intervenção da enfermagem. Quando o indivíduo não é capaz de se autotrar (um défice de autocuidados), a enfermagem compensa através de um sistema de enfermagem (um agente de cuidados dependentes).

Assim sendo, o centro da teoria de Orem é a ideia de que as pessoas podem beneficiar da enfermagem por se encontrarem sujeitas a limitações relacionadas ou dependentes da saúde, e que torna incapazes de satisfazer o autocuidado.

Para Pearson et al (1992) citado por Cunha (2005:37), refere que a teoria de Orem assenta em três teorias: a do autocuidado, do défice de autocuidado e dos sistemas de enfermagem. Em que a capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do processo de crescimento e de desenvolvimento de cada indivíduo. Estes requisitos de autocuidado referem-se ao indivíduo autónomo e capacitado de os realizar. Quando se refere ao défice de autocuidado, é o ponto que determina as necessidades de intervenção em enfermagem. Em que o indivíduo é incapaz ou está limitado na satisfação do seu autocuidado. Para a teoria dos sistemas de enfermagem surgem como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pelo indivíduo. Compreende um

conjunto de ações de planeamento e execução, que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado.

Segundo Orem, existem cinco intervenções de enfermagem no indivíduo com problemas em saúde e que são:

- Executar ou agir, substituindo o indivíduo naquilo que ele não é capaz;
- Orientar e encaminhar;
- Dar apoio físico e psicológico;
- Favorecer um ambiente que promova o desenvolvimento do indivíduo;
- Ensinar.

Sendo o papel da intervenção de enfermagem, o de assegurar o cuidado do indivíduo e promover o autocuidado naquilo que seja capaz de realizar por si só.

3.1.2 – A Enfermagem para a Promoção do Bem-Estar

Segundo Erikson (1980) citado por Costa (1985:118), refere que a crise de identidade pode provocar perturbações ao nível da imagem que o indivíduo faz de si e uma possível diminuição da estima de si próprio.

Segundo Oliveira (2011:16), bem-estar é definido como *“a condição caracterizada por felicidade, saúde, ou prosperidade (...) a percepção do estado físico, mental, social e ambiental individual.”*

Refere a mesma autora que o bem-estar psicológico refere-se a dimensões tais como a auto-aceitação, sentimento de conexão e relações com os outros, mestria ambiental, autonomia, propósito de vida e desenvolvimento pessoal.

No seguimento do seu pensamento, afirma ainda que para descrever o nível de bem-estar experimentado pelas pessoas de acordo com as avaliações subjetivas das suas vidas, tendo em consideração os julgamentos e sentimentos acerca de satisfação com a vida, interesse e envolvimento, reações afetivas aos eventos da vida, satisfação com o trabalho, relacionamentos, saúde, recreação, significado e propósito. Bonno, McCullough e Root (2008); Diener e Ryan (2009).

Define-se do bem-estar, através do conceito de que é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida – em termos globais ou específicos – e uma dimensão emocional, positiva ou

negativa – expressa também em termos globais, de felicidade, ou em termos específicos, através das emoções.

O indivíduo deve sentir-se bem consigo mesmo, mesmo sujeito e influenciado por um certo conformismo que indica uma certa sensibilidade à influência do meio social em que se encontra inserido. Manifestando por vezes tendência a modificar o comportamento e as opiniões de modo a que se tornem consistentes com os padrões estabelecidos pela sociedade em geral.

Para se sentir bem consigo mesmo, este deve defender as suas decisões, formas de pensar e de estar de uma forma coerente e válida. Com tomadas de posição, de decisão e investimentos específicos de valorização da sua identidade.

Assim, tornando-se autónomo e capaz de tomar decisões, ter padrões de vida independentes e ativos e dirigir a sua própria vida de forma responsável.

Segundo Oliveira (2008:90), a felicidade e bem-estar do indivíduo parece depender mais das características da personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo do curso de vida. Afirmo o mesmo autor que a idade não parece constituir uma variável determinante no sentimento de bem-estar, mas antes alguns factores a ele associados como, no caso dos anciãos, a saúde mais fragilizada, a perda de familiares e amigos entre outras e se estes factores forem controlados, deixa de ter peso a idade.

Referindo-se a um bem-estar e de conquista de um envelhecimento bem-sucedido são a coerência, o controlo e a capacidade adaptativa, como indica Fonseca (2004:225,226). Uma manutenção do sentido de coerência (capacidade de lidar com os acontecimentos, atribuição de sentido e a capacidade de compreensão) perante as experiências e os acontecimentos de vida inerentes ao envelhecimento. Também uma necessidade de um controlo autónomo percebido sobre as situações permite lidar melhor com elas. E de uma competência adaptativa enquanto capacidade do indivíduo para utilizar os conhecimentos e a sua experiência de vida, na forma como lida com focos de stress, torna-se particularmente importante para a resolução de problemas, permitindo-lhe planear a vida e não apenas gerir o quotidiano.

3.1.3 – A Enfermagem para a Promoção de Conforto

Nas nossas práticas de enfermagem do dia-a-dia, confrontamo-nos em diferentes contextos da prática, com a utilização usual deste termo, conforto, senão vejamos, *“prestamos cuidados de higiene e conforto; o doente está confortável, foi confortado ou está confortavelmente instalado”* Apóstolo (2009:62).

No dicionário de Língua Portuguesa é definido conforto, como derivado regressivo de confortar, que significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade, ato ou efeito de confortar, ajuda, consolação, consolo. Confortar do latim *confortare*, significa restituir forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar.

Kolcaba (1991), referenciado por Apóstolo (2009:62), define conforto com o significado de dar forças, dar alento de forma nobre e graciosa, forte em todo o seu conjunto.

Este conceito de conforto encontra-se enraizado e ligado de forma evidente aos cuidados em enfermagem e que tem sofrido ao longo dos tempos diferentes significados de acordo com a evolução histórica, política social e religiosa da humanidade, bem como toda a evolução técnica e científica que acompanha a área da saúde e de enfermagem.

Cabe ao enfermeiro, prestador de cuidados, promover o fortalecimento e conforto daquele que está doente.

De acordo com Apóstolo (2009:62) e referenciando Siefert (2002), o conceito de conforto é considerado como uma dimensão ou uma componente de processos, de experiências e conceitos dinâmicos que envolvem: qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação.

Olhando um pouco para a história de enfermagem encontramos em Florence Nightingale referências ao conceito de conforto ilustrado na citação *“O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxugada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, da facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais forma auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia.”* Apóstolo (2009:64).

O mesmo autor, referenciando uma série de teóricos que passamos a indicar, começa por citar Orlando, que descreveu conforto como aspeto central para satisfazer as necessidades humanas, em que o papel da enfermagem se deve focar em tudo o que possa interferir com o conforto físico e mental dos doentes. Enquanto para Pepleau, considerou o conforto como uma necessidade humana básica relacionada com as necessidades de alimentação, repouso, sono e comunicação. Para Leininger (1988) que indica o conforto como parte integrante do cuidar e assim possam prestar cuidados de uma qualidade e visão holística. Enquanto para Watson (2002), reconhece que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a obter um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito” que gera autoconhecimento, autorrespeito, auto-cura, transcendência e processos de autocuidado. Os cuidados de enfermagem devem ir no sentido de ajudar a pessoa a encontrar significado para a sua existência, através da avaliação de qual o significado da sua falta de harmonia e de sofrimento, promovendo no

doente, autocontrolo, auto-estima e autodeterminação em relação à saúde, doença, tratamento, e decisões terapêuticas.

Na teoria de Watson acerca do cuidar, conforto é designado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa. Considerando que as atividades de conforto podem assumir posições de suporte, de proteção, ou de correção do desenvolvimento pessoal.

Para Paterson e Zderad (1988), fazem referência ao conforto como um fim global, considerando-o como o estado no qual o doente é livre para ser e se transformar, controlando e planeando o seu próprio destino, de acordo com o seu potencial, num determinado espaço temporal e numa determinada situação. Albergando o conceito de conforto, outros conceitos, como saúde, crescimento, abertura e liberdade.

De acordo com Morse (1980), indica que para alcançar o conforto, a pessoa não pode ser dominada pelo corpo e o objetivo dos cuidados de enfermagem é o de aumentar o conforto no sentido de tranquilizar e aliviar a situação stressante. Sendo para a autora, conforto prestado pelos cuidados de enfermagem não só o de manter o doente bem posicionado e quente na cama, mas também, o de estar atento a manifestações stressantes, e de providenciar medidas para aliviar o sofrimento, o de manter a saúde, providenciando cuidados em resposta às necessidades do doente, aplicando competências profissionais na planificação e desenvolvimento de estratégias até que o utente se sinta confortado.

Na opinião de Kolcaba (1991), o conforto é o estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência do utente.

Para Kolcaba (1991) citada por Mussi (1996:257),conclui que conforto tem como sentidos técnicos *“calma (o estado de tranquilidade ou satisfação), alívio (o estado de ter um desconforto específico aliviado) e transcendência (o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor):”* *“é um estado holístico e complexo.”*

Na continuidade do mesmo raciocínio e de acordo com Kolcaba (2003) citada por Oliveira (2011:11), conforto é definido como a “experiência imediata de ser fortalecido”, o que também pode ser interpretado como sendo a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado (fortalecido) – uma forma de conforto.

De acordo com o mesmo autor as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: físico (que pertence às sensações do corpo), psico-espiritual (que pertence à consciencialização interna do eu, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo), ambiental (que pertence ao meio que rodeia o ser humano, a luz, barulho, ambiente, cor, temperatura, e elementos naturais versus sintéticos), social (que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais).

Assim sendo, o conceito de conforto pode assumir diferentes concepções como estado de alívio, encorajamento ou consolo. Um estado subjetivo, em que se verifica uma sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade. Um estado em que a pessoa está à vontade consegue mesmo e com o seu ambiente. Um estado relaxado, quando as pessoas experienciam emoções positiva, livres de extrema tensão e dor, estando conscientes da sua identidade e têm atitude de aceitação em relação aos outros. É um estado de harmonia, resultante da integração corporal, mental e espiritual na relação consigo mesmo, dela e do ambiente, em que a pessoa sente-se num ambiente familiar, segura, cuidada, amada, em controlo e é capaz de funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando os seus papéis usuais. Constitui um estado de bem-estar que pode ocorrer em diferentes estádios de vida do conceito saúde-doença, pode ser temporal e de longo prazo com a obtenção do estado pleno de saúde.

Voltando ao papel da enfermagem enquanto profissão e de perspetiva de missão em que a ajuda para com o cliente necessitado de bem-estar e conforto, pode-se identificar duas vertentes do fenómeno: o conforto enquanto elemento da intervenção do enfermeiro (processo) e o conforto experimentado pelo cliente (estado e resultado).

Numa perspetiva de que a dimensão de enfermagem enquadra o conceito de conforto como uma resposta confortadora intencionalmente dirigida ao bem-estar e a ser mais, numa inter-relação humana intencionalmente dirigida a esse fim. Oliveira (2011:11).

Em que as medidas de conforto têm lugar central no cuidar, requerendo conhecimento, sobre si e sobre a pessoa cuidada, nomeadamente sobre os respetivos significados, respostas e problemas da saúde, comportamentos, necessidades, forças e limitações requerendo conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto. Watson (2002).

Sendo este conforto favorecido através de um cuidado confortador, caracterizado por um processo que decorre na interação enfermeira-cliente – o processo de confortar ou de promover conforto. Este processo caracteriza-se pela complexidade e exigência, perante a singularidade de cada cliente, os requisitos de atitude e de competência por parte da enfermeira/o que conforta, os requisitos de individualização da intervenção e as condições contextuais para o cuidado. Kolcaba (2003), citada por Oliveira (2011:14).

Para a mesma autora (2011:34), citando Talerico (2003), afirma a necessidade da centralidade dos cuidados na pessoa, sendo necessário conhecer a pessoa como indivíduo e responder às características do indivíduo e família, prover cuidados que sejam significativos para a pessoa por modos que respeitem os valores, preferências e necessidades individuais, perspetivar os recetores de cuidados seres humanos biopsicossociais, promover o

desenvolvimento de relacionamentos consistentes e de confiança, enfatizar a liberdade de escolha e uma assunção de risco razoável e definida de modo individual, promover o conforto físico e emocional, envolver adequadamente a família e amigos e rede social da pessoa.

As intervenções individualizadas desenham-se e desenvolvem-se, caso a caso, numa abordagem interpessoal com o paciente, em tempo real – momento a momento – não podendo ser determinadas previamente a essa interação, porque cada pessoa é diferente na sua individualidade, as intervenções são indeterminadas e diferentes para cada uma, procurando alcançar resultados favoráveis em cada situação de cuidados.

Do seu estudo surgem proposições significativas, ou seja, o conjunto de afirmações que permitem interrelacionar os conceitos entre si, de confortar, conforto, desafio profissional, conhecer a pessoa idosa, gerir conforto e risco, o padrão de intervenção, e o perfil condicional de risco e desconforto, através dos seguintes pontos:

- Confortar a pessoa idosa requer um trabalho de natureza processual que circula entre dois processos distintos: ir conhecendo a pessoa idosa e do cliente e gerir o conforto e o risco;
- O processo de ir conhecendo a pessoa do cliente é condicionado – desencadeando e influenciado – por um conjunto de condições em que a enfermeira/o se move em direção da pessoa e em que as circunstâncias e os recursos para conhecer o cliente são imprevisíveis;
- A procura incessante da pessoa permite, como consequência, um conhecimento inacabado;
- O conhecimento que a enfermeira/o consegue mesmo sendo inacabado, retro alimenta a condição para perpetuar o trabalho de ir conhecendo e alimenta o nível e grau de conhecimento da enfermeira/o sobre o cliente a cada momento;
- O processo de gerir conforto e risco é condicionado – desencadeado e influenciado – por um conjunto de condições em que a enfermeira/o dá sentido à ação e em que as condições e recursos são exigentes;
- A perceção da enfermeira/o sobre o perfil condicional do risco/desconforto determina a seleção de padrões de intervenção a utilizar, a cada momento de interação;
- A estratégia de entrelaçar o cuidado retroalimenta o conhecimento da enfermeira/o sobre a pessoa ao longo da sua intervenção;
- O adequar o cuidado corrente ao particular da circunstância do cliente proporciona a este sentir-se confortado, ou seja, experimentar uma melhoria de conforto;

- A experiência de sentir-se confortado influencia o subsequente comportamento do cliente, ou seja, modifica a percepção da sua condição e, conseqüentemente o apelo;
- A enfermeira/o quando em interação com o cliente, vai procurando incessantemente a pessoa do cliente, o que alimenta as condições para adequar o cuidado corrente ao particular da circunstância pessoal deste, deste modo ao individualizar a intervenção conciliando tensões, consegue confortar. Oliveira (2011:154, 155).

Para a enfermagem que tem um desafio considerável na prestação de cuidados de conforto à pessoa idosa tem a possibilidade de afirmar a sua relevância para os cidadãos e o mérito e contributo social. Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa precisam de ser praticados com “a cabeça e com o coração”, com conhecimentos, com sensibilidade e interesse – com competências integradoras. Oliveira (2011:30).

3.2 – AUTOCUIDADO, BEM-ESTAR, CONFORTO E IDENTIDADE DO IDOSO

Existe uma necessidade de compreensão, amabilidade e paciência para se conseguir promover qualidades de humanidade, adaptabilidade e temperamento para que a pessoa idosa consiga recuperar a sua independência, autonomia para ser aceite por toda a sociedade em geral. Ao ato de cuidar compreende atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade no momento de servir o utente idoso, percebendo as suas inquietudes, a sua dor e as suas limitações. Para assim, poder prestar cuidados de forma individualizada e personalizada, dando a autonomia ao idoso os meios e mecanismos facilitadores para promover a sua saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Representando a essência da cidadania e da existência enquanto ser humano. Centrando-se na independência da pessoa idosa para a satisfação das suas necessidades fundamentais, pela promoção e educação para a saúde.

No que se refere ao bem-estar da pessoa idosa visa um envelhecimento bem-sucedido, em que o sujeito deve ser pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção desse mesmo bem-estar. Tendo que ser acompanhado de qualidade de vida e de bem-estar e deve ser fundamentado ao longo dos estados de vida anteriores do desenvolvimento. Compreendendo uma satisfação com a vida individual, social e cultural e baseados em modelos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Para além de bens materiais, como alimentação, domicílio, acesso a serviços de saúde e de ação social, mas

também sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidade para atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si.

Atendo ao conforto da pessoa idosa, este visa um resultado essencial do cuidado em saúde em que o papel do cuidador/enfermeiro é fundamental vendo o indivíduo como um todo, numa visão holística e complexa que procuram proporcionar o fortalecimento das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos: físicos, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. Kolcaba (2003) citado por Oliveira (2011:14).

Com a junção destes três contextos autocuidado, bem-estar e conforto a pessoa idosa pode sentir que a sua identidade, enquanto ser humano é valorizada e tem todo o sentido, apesar de adaptações e mudanças a que está sujeito devido ao seu natural processo de envelhecimento. Salvaguardando um conjunto de carateres próprios e exclusivos do indivíduo idoso.

4 – O PAPEL DAS MISERICÓRDIAS NA SOCIEDADE E NO APOIO A IDOSOS

A criação das misericórdias remonta ao ano de 1498, que tinha como iniciativa e objetivo a prática de obras de misericórdia em favor dos carenciados em domínios da assistência social e na saúde, no resgate dos cativos, no sufrágio das almas dos falecidos e no albergue do peregrinos e caminhanes. Goulão (2008:37).

Na época viviam-se momentos difíceis de miséria e fragilidade humana, desprovidos de sustento e dos mais elementares meios de combate de epidemias e pandemias, numa época em que a própria medicina era ainda muito rudimentar e não existiam instituições de caráter social e assistencial. Assim, a rainha D. Leonor manda criar a Irmandade ou Confraria da Misericórdia de Lisboa, a 15 de Agosto de 1498.

Devido à proteção real a esta obra das Misericórdias que veio impulsionar e espalhar por diferentes cidades, vilas e aldeias do nosso Portugal.

O Compromisso das Misericórdias de 1948 adotava uma norma de ação com o cumprimento integral das Obras da Misericórdia. Nesta época as obras de cariz espiritual e corporais assumiam um papel preponderante. Propondo realizar uma tarefa de profundo alcance social e caritativo, em benefício dos carenciados na sua dupla missão, espiritual e corporal. A segunda obra que contempla o Compromisso era a do tratamento dos enfermos, isto é, a assistência aos carecidos de saúde, mediante o tratamento clínico e cirúrgico.

Mas a realidade do interior do país e no que se refere às Misericórdias, com recursos económicos praticamente inexistentes, com espaços rudimentares e o recrutamento de pessoal clínico era difícil o seu papel. Sobreviviam com as ajudas da população e de alguns benfeitores que doaram os seus bens a esta obra tão nobre.

Com o passar dos tempos as Misericórdias passaram a assumir um papel muito mais vasto, nomeadamente com a criação dos seus próprios hospitais que prestavam cuidados de saúde em diversos pontos do país. Após a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1975, o papel dos hospitais da Misericórdia perderam o seu domínio de prestador de cuidados de saúde, passando a ser geridos e financiados os hospitais diretamente pelo Estado.

Porém, as Misericórdias não pararam a sua ação de cariz social, educativo e de saúde, criando outras valências, nomeadamente as destinadas ao apoio à terceira idade com a manutenção de lares ou de centros de dia, de centros de reabilitação física com fisioterapia e

tratamentos geriátricos ou de vítimas de desastres e doenças, de assistência domiciliária, ou de apoio à infância com a criação de creches e jardim-de-infância.

No que se refere ao apoio a idosos, estas instituições assumem uma resposta social que é desenvolvida num estabelecimento de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para esta população com mais de 65 anos e que se encontram em situação de risco ou de perda de independência e ou autonomia, beneficiando assim, de atividades de apoio social e cuidados de saúde.

Tem por objetivo, estas instituições privilegiar o espírito de interajuda e valorização pessoal, individualizando o mais possível o acolhimento de cada idoso.

Apresentam um conjunto de ofertas em prestação de serviços e de cuidados, em valências como: apoio domiciliário, centro de dia e de noite e lar de permanência temporária ou definitiva.

Para idosos em regime permanente o lar proporciona um conjunto de serviços e atividades, como o alojamento, cuidados de higiene e conforto pessoal, alimentação, cuidados médicos e de enfermagem, tratamento de roupas pessoais, limpeza e manutenção dos espaços, atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional, assistência religiosa, acompanhamento a consultas médicas de diferentes especialidades, serviço de cabeleireiro, atividades culturais de lazer externas, serviço de manicura/pedicura, fisioterapia, teleassistência, entre outros serviços.

Constituindo como objetivo primordial dos lares pertencentes a Santas Casas da Misericórdia possibilitar à pessoa idosa um ambiente que lhe seja favorável e estimulante procurando identifica-lo o mais possível com um ambiente familiar, promover a sua integração no grupo de idosos e na vida do lar, criando condições para que a independência e autonomia do idoso perdurem o mais tempo possível, proporcionar a satisfação das necessidades básicas, assegurar um acompanhamento psicossocial no sentido de garantir a sua integração no ambiente em que está inserido, promover as relações entre cliente/família e cliente/comunidade e também assegurar a qualidade dos serviços prestados a todos.

Procura-se compreender como se apresenta o utente idoso que vive nestas instituições e a possível reconfiguração identitária a que está sujeito.

É sobre este assunto que nos iremos debruçar, para tal adotaremos um roteiro de estudo que desenvolveremos no capítulo seguinte

PARTE II - ROTEIRO DO ESTUDO

1 – PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Com o aprofundamento dos conhecimentos teóricos, estes permitem uma maior valorização da problemática em estudo, vindo facilitar o levantar de uma série de questões que permitem orientações para a realização do mesmo.

A fase metodológica estuda a melhor maneira de abordar determinado problema e indicamos o caminho para encontrar uma resposta para o mesmo. Como nos diz, Fortin (1999), no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

Segundo Hesbeen (2003:134), *“A metodologia é o discurso que acompanha o caminho. É o relato da aventura do investigador que parte à descoberta de uma questão.”*

Nesta perspetiva, esta parte visa essencialmente descrever as diferentes etapas e procedimentos implementados, com vista a desenvolver a investigação.

Definidos os objetivos e a questão de partida, ou seja, o problema em estudo é natural que surjam questões de investigação.

1.1 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Definido o problema em estudo, diversas são as questões que se levantam ao investigador, sendo estas fundamentais e cruciais que se colocam na abrangência do domínio em estudo, como:

- Qual a perceção do idoso em relação à sua institucionalização?
- Qual a perceção do idoso face às alterações da sua autonomia e individualidade após a institucionalização?
- Qual a perceção do idoso em relação à sua privacidade, intimidade, integridade e sua independência após a institucionalização?
- Qual a perceção do idoso em relação ao seu espaço físico e ambiental após a institucionalização?
- Qual a perceção do idoso em relação ao contato com sua família, amigos e vizinhos, após a institucionalização?
- Qual a perceção do idoso em relação à perda de objetos e valores que eram da sua pertença, após a institucionalização?

- Qual a percepção do idoso em relação à gestão do seu dinheiro e princípios da vida, após a institucionalização?
- Qual a percepção do idoso em relação às ocupações que o lar proporciona e se são as mais adequadas à sua realidade de vida?
- Qual a percepção do idoso em relação ao seu futuro, face à sua institucionalização?

Procura-se com este estudo encontrar respostas para estas questões levantadas, de forma a facilitar intervenções mais adequadas e ajustadas a esta problemática que envolve a institucionalização da pessoa idosa.

O investigador tem necessidade de escolher um desenho de investigação. Segundo Fortin (1999:40 e 41) “ *E que o desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado para obter respostas às questões de investigação. Dependendo do problema em causa e o estado dos conhecimentos à sua volta*”.

1.2 – PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo procura verificar se o processo de institucionalização constitui uma condicionante na vivência e na identidade do idoso nesta situação. Se existem dimensões que vão condicionar o resto do seu processo de vida.

Na instituição o idoso é sujeito a normas, regras e imposições que vão sem dúvida ferir a sua suscetibilidade, individualidade e personalidade.

Pelo que muitas vezes o idoso vivência com o processo de institucionalização uma certa perda de autonomia, da sua personalidade e individualidade, da sua privacidade, da sua intimidade, a sua independência, a perda do seu espaço físico e ambiental, a perda do contato com a família, amigos e vizinhos, a perda de objetos e valores que eram só seus, a perda do direito de gerir o seu dinheiro e princípios da sua vida, a despersonalização e perda da sua auto-estima, a diminuição de forças e da vivência da sua sexualidade. Parece que o tempo parou nas suas vidas. E muitas vezes e mais grave a perda da esperança e motivação de viver, entrando em sentimentos de tristeza, revolta, de medo, ansiedade, de conflitos e agressividade, solidão, depressão e mesmo de ideia suicida.

O estudo em si procura encontrar numa amostra dimensões que marcam o idoso na sua vivência diária, quer física, psicológica, social e cultural com o processo de institucionalização e a forma como isso possa influenciar a sua reconfiguração identitária.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005:34), afirmam que “...a pergunta de partida constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico: a ruptura com os preconceitos e as noções prévias.”

O problema em si tem a ver com a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adotar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida.

“...Consiste, pois, em fazer o balanço das diferentes problemáticas possíveis, em elucidar os seus pressupostos, em compará-los e em refletir, nas suas implicações metodológicas.” Quivy e Campenhoudt (2005:90).

Segundo os mesmos autores, construir a sua problemática equivale a formular os principais pontos de referência teóricos da sua investigação: a pergunta que estrutura finalmente o trabalho, os conceitos fundamentais e as ideias gerais que inspirarão a análise.

Pelo que o problema deste estudo, ou seja, a questão de partida, centra-se em determinar:

De que forma o processo de institucionalização do idoso influencia a sua reconfiguração identitária?

Tendo em consideração o problema definido, tornam-se preocupações e formam o ponto de partida para este trabalho a realidade dada à institucionalização do idoso, identificando as suas preocupações e necessidades e procurar evidenciar métodos facilitadores para uma vivência válida dentro da instituição que os acolhe, permitindo um bem-estar físico, emocional e psíquico do idoso, bem como de todos os que se relacionam com este.

Sendo assim, surge como objetivo geral ou concreto deste estudo:

Compreender as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária do idoso.

No que se refere a objetivos específicos:

- a) Caracterizar a amostra em estudo tendo em conta o conjunto de variáveis sociodemográficas (Género, Idade, Habilitações Literárias, Naturalidade, Estado Civil, Profissão);
- b) Identificar as dimensões sociais, individuais e culturais que interferem na reconfiguração identitária do idoso institucionalizado;
- c) Identificar fatores que influenciam os sentimentos, valores e princípios que o idoso apresenta devido ao seu ingresso no lar e influenciadores da reconfiguração identitária;

- d) Identificar estratégias que sejam facilitadoras para uma institucionalização que proporcione conforto, harmonia e bem-estar, face à reconfiguração identitária.

1.3 – PARADIGMA EM ESTUDO

Na escolha do paradigma devemos ter sempre em conta os resultados que advirão da sua escolha e utilização, na medida em que estes nos aproximam ou afastam da realidade a estudar.

Ao iniciar o processo de investigação devemos questionar-nos acerca da natureza do objeto e dos problemas a investigar, de forma a podermos escolher melhor os caminhos metodológicos a seguir.

Deste modo acredito que o paradigma qualitativo seja o mais adequado a este estudo pois, permite perceber o que o entrevistado sentia no seu íntimo e obter a sua colaboração. Quando se trata de uma amostragem com uma certa idade pode existir algum desconforto, mas a intenção é conseguir ultrapassar, observando a obediência dos princípios éticos.

A investigação qualitativa utiliza uma abordagem interpretativa, naturalista e holística do mundo. Os seus objetos de estudo são os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões dos indivíduos no seu contexto social.

Nesta área, os objetos e questões são abordados no seu contexto natural, tentando compreender e interpretar os fenómenos em estudo relativamente ao significado que os indivíduos lhes dão e não passa, como por vezes se pensa, pelo desleixo do pesquisador mas sim pela intenção de basear a investigação na realidade nos pontos de vista dos investigados, que inicialmente se desconhecem. Polit, Beck e Hungler (2004).

1.4 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem fenomenológica. Em que a pesquisa começa com algum fenómeno, no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno, a pesquisa exploratória, investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado. Polit, Beck e Hungler (2004).

Segundo Fortin (1999), o nível de conhecimentos no domínio do estudo determina a escolha do tipo de investigação. Se existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre o fenómeno, o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou factos, mais do que para o estudo de relações entre fatores.

1.5 - POPULAÇÃO

A escolha dos participantes neste estudo recaiu em idosos residentes num lar da região da Beira Baixa e pertencentes a uma Santa Casa da Misericórdia.

A população da instituição compreende um total de 145 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, sendo 105 do género feminino e 40 do género masculino.

Segundo Fortin (1999), uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

1.6 - AMOSTRA

A amostra seleccionada de idosos institucionalizados para este estudo foi retirada do universo de residentes de uma Santa Casa da Misericórdia da região da Beira Baixa.

Este universo de residentes contempla 145 utentes, contudo aplicados os critérios de inclusão e exclusão, seleccionou-se uma amostra de 15 indivíduos. O número integrado no estudo foi determinado de acordo com critérios de saturação teórica e empírica Streubert, H. e Carpenter (2002); Guerra (2006). Trata-se de uma amostra de carater intencional.

1.6.1 – Critérios de Inclusão

“...definem as características principais da população-alvo”, Hulley (2001:46).

- Idade superior aos 65 anos;
- Idosos que residem no Lar da Santa Casa da Misericórdia em estudo;
- Apresentação de um estado cognitivo e mnésico válido para participar no estudo. Avaliação feita pela médica da Instituição, enquanto informante privilegiada.
- Aplicação do Mini-Mental State – Para avaliação cognitiva da amostra. (Apêndice I).

1.6.2 – Critérios de Exclusão

“... por características que poderiam interferir na qualidade dos dados, na aceitabilidade da randomização ou na interpretação dos achados”, Hulley (2001:47)

- Diminuição da capacidade mental e intelectual para participar no estudo;
- Recusa de participação no estudo.

1.7 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

O Mini-Mental State (MMS) ou Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), em (Apêndice I); elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais. Lourenço e Veras (2006), citado por Apóstolo (2012:61).

Este instrumento foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades da linguagem viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para a perda cognitiva. Não pode ser usado par diagnosticar demências. Chaves (2009), citado por Apóstolo (2012:61).

Inclui 11 itens, divididos em duas seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção. A segunda, leitura e escrita cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um score imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso.

A pontuação pode variar de 0 a 30 pontos. As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo. Em função do nível de escolaridade obtida no processo de validação para Portugal, assumidos por Nunes (2005), citado por Apóstolo (2012:62), são os seguintes:

MMSE: Pontuações de limiar diagnóstico	
Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou = 15
1-11 anos	Inferior ou = 22
Mais que 11 anos	Inferior ou = 27

Para Morgado et al (2009), citado por Apóstolo (2012:62), propõem os seguintes valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual é a seguinte:

MMSE	
Escolaridade	Pontuação
0-2 anos	22
3-7 anos	24
Igual ou superior a 7 anos	27

De acordo com MMS, este é constituído pelas seguintes questões:

1. **Orientação** 10 perguntas (1 ponto por cada resposta correta).
 - Em que ano estamos?
 - Em que mês estamos?
 - Em que dia do mês estamos?
 - Em que dia da semana estamos?
 - Em que estação do anos estamos?
 - Em que país estamos?
 - Em que distrito estamos?
 - Em que terra vivemos?
 - Em que casa estamos?
 - Em que andar estamos?
2. **Retenção** 3 palavras – dizer três palavras, deve repeti-las, depois de ditas e deve sabê-las de cor (1 ponto por cada palavra corretamente repetida).
 - Pera, gato, bola;
3. **Atenção e cálculo** (1 ponto por cada resposta correta). Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas.
4. **Evocação** 3 palavras pedidas anteriormente – pera, gato e bola (1 ponto por cada resposta correta).
5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta).
 - Mostrar objetos (relógio, lápis);
 - Repita a frase “o rato roeu a rolha”;
 - Folha de papel, pegar com a mão direita, dobrar ao meio e colocar sobre a mesa, dar a folha, segurando com as duas mãos.
 - = Pega com a mão direita, dobra ao meio e coloca onde deve;

- Ler a frase escrita no cartão “*feche os olhos*”, se analfabeto lê-se a frase – fechou os olhos;
- Escrever uma frase inteira. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, erros gramaticais não prejudicam a pontuação;

6. Habilidade construtiva (1 ponto por cada cópia correta)

- Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intercetados. Não valorizar tremor ou rotação.

1.8 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados é a técnica que permite ao investigador a recolha de dados e informações necessárias à pesquisa. Sendo o meio utilizado para colher todas as informações oportunas e pretendidas da amostra selecionada, para posteriormente se submeterem a tratamento estatístico, possibilitando assim obter conclusões, tendo em conta as variáveis e a fundamentação teórica.

Como pretende-se aceder à interpretação de certas vivências que conduzem à opinião e expetativas dos idosos institucionalizados, em relação à sua perda de identidade em diferentes dimensões, a entrevista surge como fundamental, porque apenas podemos ter acesso a opiniões interrogando as pessoas. A entrevista permite colher informações sobre sentimentos ideias, comportamentos, preferências e expetativas dos participantes. Fortin (1999).

Permitem “...*abrir pistas de reflexão, alargar e precisar horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspetos de um dado problema, nos quias o investigador não teria pensado espontaneamente.*” Quivy e Campenhoudt (2005:79).

Na mesma linha de interpretação, entrevista é entendida por Ketele e Roegiers (1993:18) e apoiando-se em Larousse (1988) como sendo um processo de interrogação sobre atos, ideias e projetos de uma pessoa.

Em conclusão, os mesmos autores (1993:22), definem entrevista, como um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas selecionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetos de recolha de informações.”

Então, para concretizar os objetivos, optou-se pela entrevista semiestruturada, pois neste estudo, faz sentido, utilizá-la, já que a finalidade é obter uma opinião. Existem apenas ideias chave para nortear a entrevista já que o objetivo é deixar que os entrevistados falem livremente expondo as suas ideias sem se sentirem manipulados.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004:82) *“As entrevistas enfocadas (ou semiestruturadas) são usadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador se utiliza um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia.”*

Trata-se assim, de uma entrevista semiestruturada, uma vez que o discurso da pessoa entrevistada constitui exclusivamente a resposta a perguntas preparadas antecipadamente e planificadas numa ordem precisa. Ketele e Roegiers (1993:21)

As dimensões abordadas no guião de entrevista (Apêndice II) vão ao encontro do quadro teórico e dos objetivos definidos para o estudo.

1.9 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação do instrumento de colheita de dados, entrevista semiestruturada, será feita a análise de conteúdo das entrevistas e definidas as dimensões e sub-dimensões da mesma, com uma grelha de análise precisa, até se chegar aos indicadores.

“...pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, nomeadamente porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” Quivy e Campenhoudt (2005:227).

Partimos assim, de um conceito mas antes devemos determinar as dimensões que o constituem e através das quais se dá conta da realidade. Quivy e Campenhoudt (2005).

Proceder-se-á à sua análise e retiradas as conclusões do estudo proposto, para tal serão criadas as categorias e dimensões sendo os dados recolhidos e tratados em programa N-Vivo, existente na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Segundo Hébert, Goyette, Boutin (1990:109), definem a primeira componente do modelo interativo da análise, a redução dos dados, como um processo de seleção, de centralidade, de simplificação, de abstração e de transformação do material compilado. Consiste assim, num sistema de codificação e de procedimento de resumos e de sistematização de respostas. Em suma, identificar as unidades de base da análise de conteúdo das entrevistas elaboradas.

1.10 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a pesquisa que envolve seres humanos deve ter presente a proteção dos direitos dos intervenientes. Pelo fato não ter sido sempre considerado, foram elaborados códigos de ética para sua orientação. Estes assentam sobre três princípios, o da beneficência e não maleficência, o do respeito à dignidade humana e da justiça.

Um ponto a ter em conta, é o consentimento por parte dos intervenientes no estudo, o qual deverá ser livre e esclarecido, ou seja, os participantes devem entender os riscos e benefícios estando informados acerca dos seus direitos bem como o de não participar e de abandonar o estudo a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer sanção.

Atendendo a estes princípios, a aplicação do instrumento de colheita de dados será precedida de explicações acerca do estudo, a sua finalidade e ser garantido a confidencialidade, ou seja, com consentimento livre e esclarecido.

De acordo com Fortin (1999:114) *“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estas se inspiram para guiar a nossa conduta”*.

1.11 – AUTORIZAÇÕES

Para a realização deste estudo, será solicitada a autorização à instituição onde residem os utentes Institucionalizados, como referido tratar-se-á de um lar da região da Beira Baixa e de uma Santa Casa da Misericórdia. (Apêndice III)

Relativamente à obtenção de autorização individual para a participação dos idosos que farão parte da amostra será feita a devida explicação, sua finalidade, a garantia da confidencialidade e da sua livre e espontânea vontade de participação. (Apêndice IV).

A salientar que todos os dados que pudessem identificar a Santa Casa da Misericórdia em estudo, os participantes e colaboradores, encontram-se omitidos nos Apêndices III e IV. Estando os documentos oficiais em posse do autor deste trabalho científico.

Permitindo assim, garantir a confidencialidade dos dados obtidos para este estudo.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1 – RESULTADOS OBTIDOS DA APLICAÇÃO DO MINI MENTAL STATE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

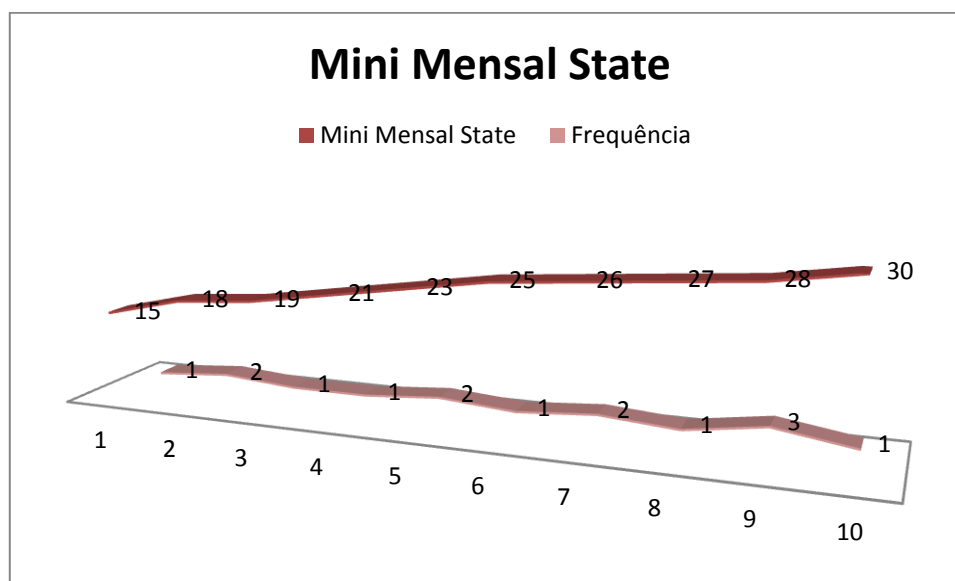
Como referido anteriormente este instrumento permite examinar a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades da linguagem viso-espaciais. E de acordo com os resultados obtidos podemos constatar que a amostra selecionada reúne as condições necessárias para participar no estudo, não inviabilizando os resultados que se possam obter. Bem como a sua capacitação para participar no estudo.

De seguida apresentam-se os parâmetros obtidos pela amostra em estudo.

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo os resultados obtidos da aplicação do Mini Mental State – Avaliação Cognitiva

Mini Mensal State	Frequência
15	1
18	2
19	1
21	1
23	2
25	1
26	2
27	1
28	3
30	1
TOTAL	15

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo os resultados obtidos da aplicação do Mini Mental State – Avaliação Cognitiva



De acordo com o Quadro 1 e Gráfico 1 é visível que os resultados obtidos na aplicação do Mini Mental State se situam entre 15 e 30 valores.

Tratando-se de uma amostra com baixo nível de escolaridade e tendencialmente analfabeta, os parâmetros obtidos encontram-se adequados a esta realidade.

Pelo que se pode considerar a avaliação cognitiva desta amostra como válida para a sua participação no estudo que se pretende realizar.

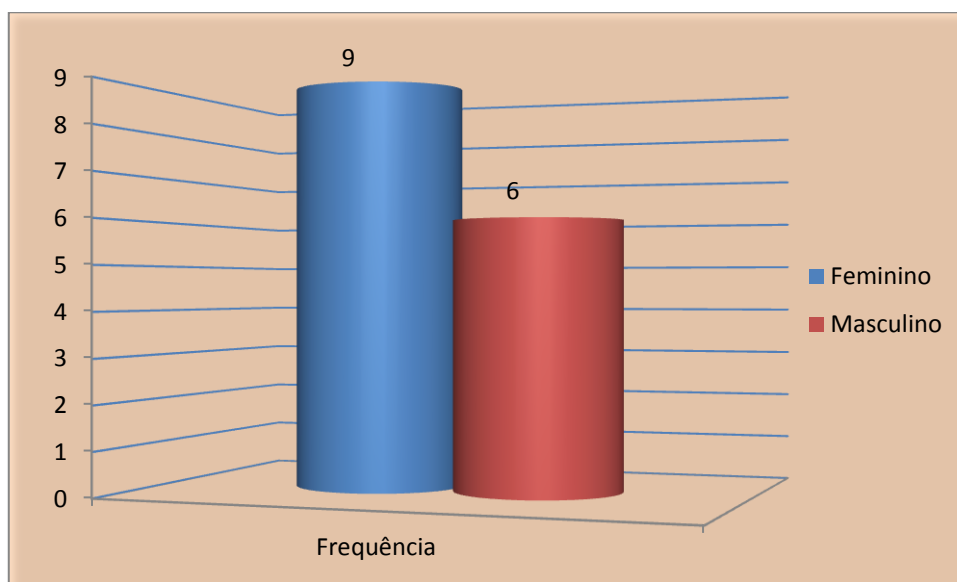
2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA EM ESTUDO

2.1 – GÊNERO

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo o Género

Género	Frequência
Feminino	9
Masculino	6
TOTAL	15

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o Género



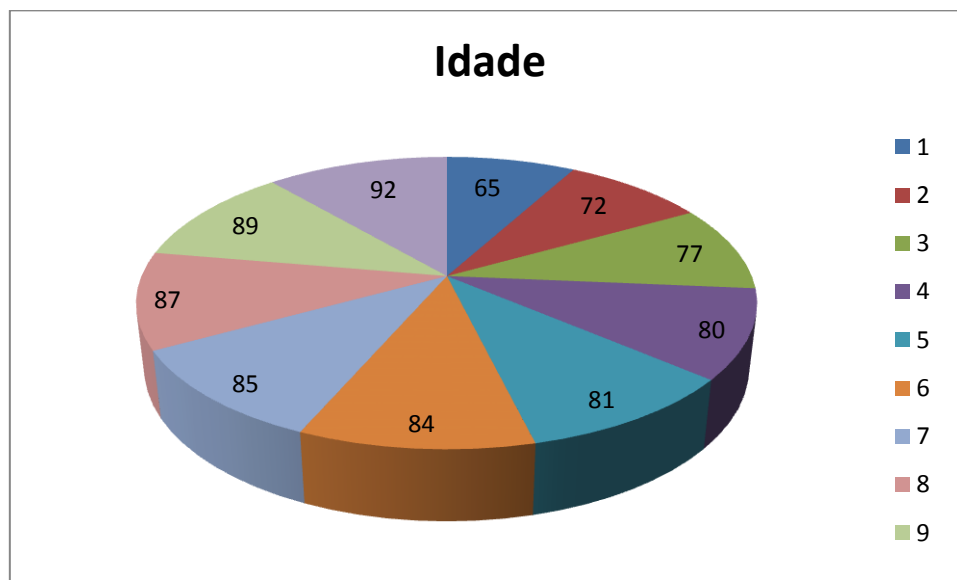
Da análise do Quadro 2 e do Gráfico 2, verifica-se que o número de indivíduos pertencentes à amostra é de 9 para o género feminino e de 6 para o género masculino.

2.2 – IDADE

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a Idade

Idade	Frequência
65	1
72	1
77	1
80	1
81	1
84	2
85	1
87	2
89	4
92	1
TOTAL	15

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a Idade



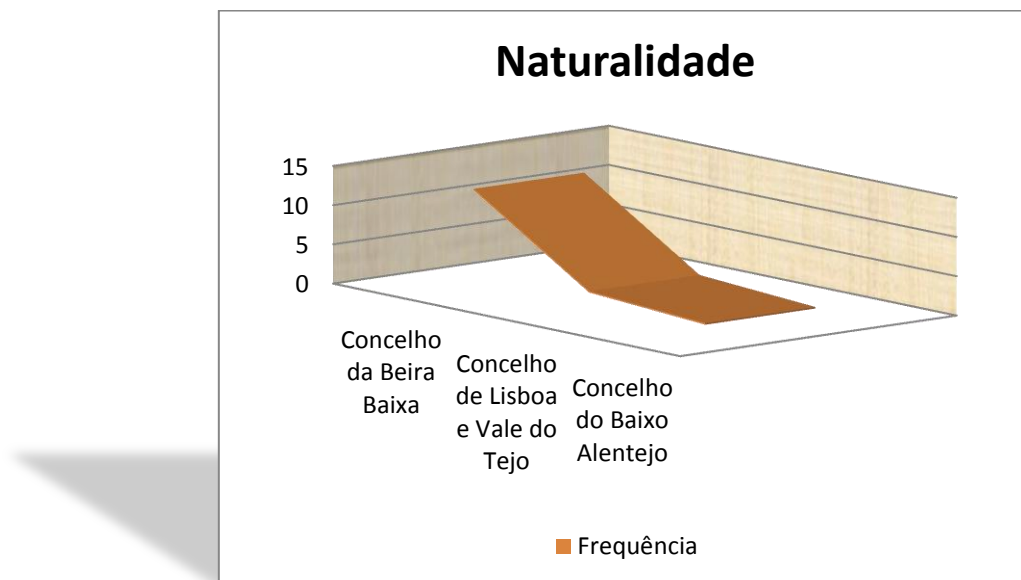
Atendendo ao Quadro 3 e Gráfico 3, pode-se concluir que a amostra é tendencialmente envelhecida sendo a média de idades de 83,33 anos, a mediana de 84,5 anos e a moda de 89 anos.

2.3 – NATURALIDADE

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a Naturalidade

Naturalidade	Frequência
Concelho da Beira Baixa	12
Concelho de Lisboa e Vale do Tejo	2
Concelho do Baixo Alentejo	1
TOTAL	15

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a Naturalidade



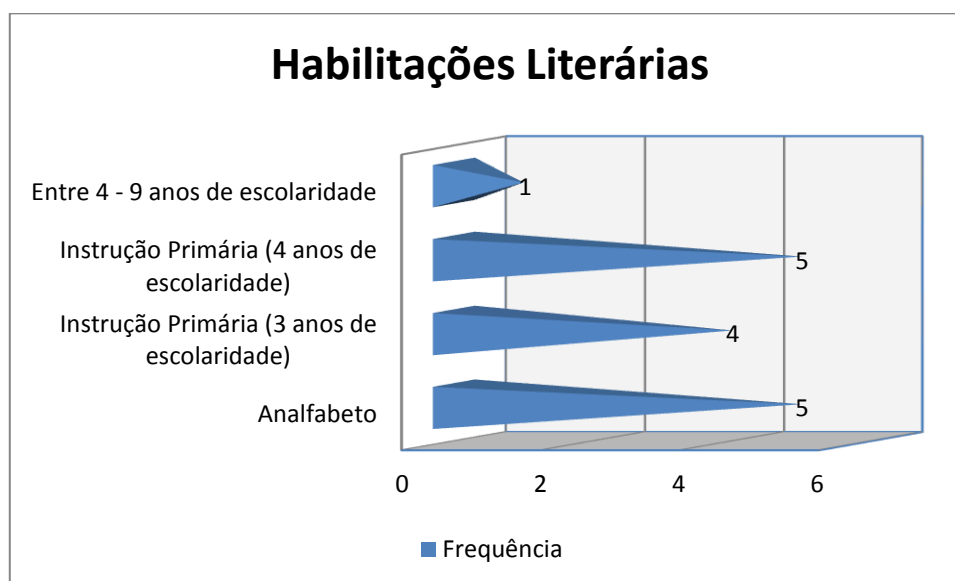
Pela leitura do Quadro 4 e Gráfico 4, verifica-se que 12 indivíduos pertencentes à amostra têm como naturalidade um concelho de Beira Baixa, 2 indivíduos a um concelho de Lisboa e Vale do Tejo e 1 indivíduo a um concelho do Baixo Alentejo.

2.4 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo as Habilidades Literárias

Habilidades Literárias	Frequência
Analfabeto	5
Instrução Primária (3 anos de escolaridade)	4
Instrução Primária (4 anos de escolaridade)	5
Entre 4 - 9 anos de escolaridade	1
TOTAL	15

Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo as Habilidades Literárias



Pela observação do Quadro 5 e Gráfico 5, verifica-se 5 indivíduos são analfabetos, 4 indivíduos com instrução primária de apenas 3 anos de escolaridade, 5 indivíduos com a instrução primária com os 4 anos de escolaridade e apenas 1 indivíduo com uma escolaridade entre os 4 e os 9 anos.

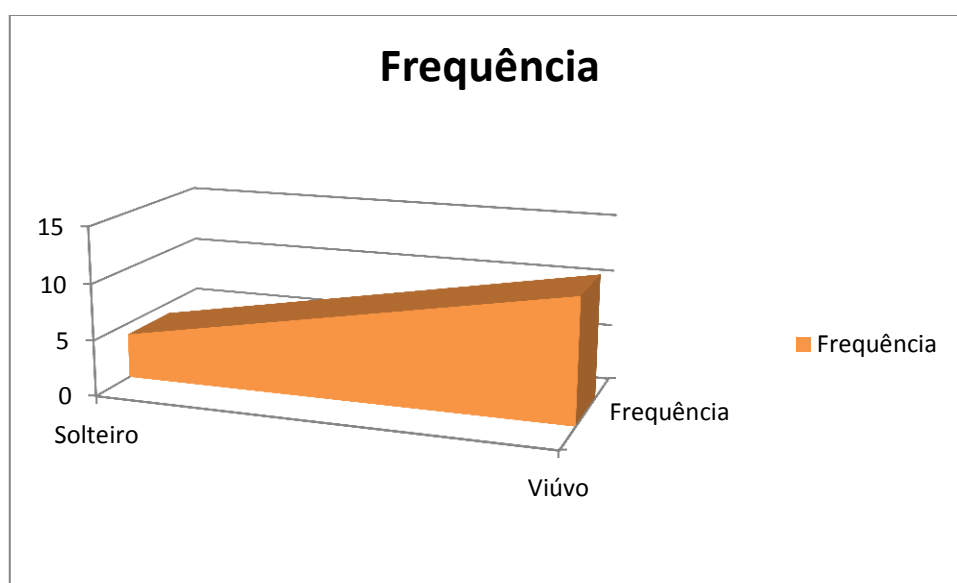
Trata-se de uma amostra com um baixo nível de escolaridade.

2.5 – ESTADO CIVIL

Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o Estado Civil

Estado Civil	Frequência
Solteiro	4
Viúvo	11
TOTAL	15

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o Estado Civil



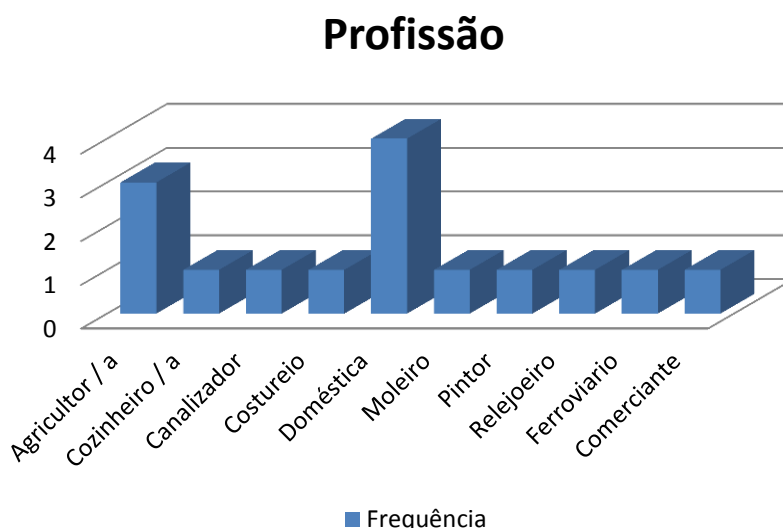
De acordo com o Quadro 6 e Gráfico 6, verifica-se 11 indivíduos são viúvos e que 4 indivíduos são solteiros.

2.6 – PROFISSÃO

Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a Profissão

Profissão	Frequência
Agricultor / a	3
Cozinheiro / a	1
Canalizador	1
Costureiro	1
Doméstica	4
Moleiro	1
Pintor	1
Relojoeiro	1
Ferroviário	1
Comerciante	1
TOTAL	15

Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo a Profissão



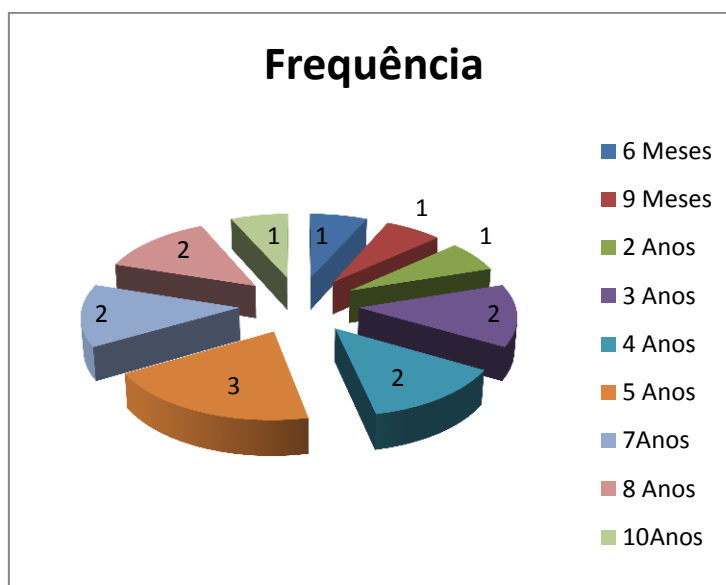
Conforme se pode observar pelo Quadro 7 e Gráfico 7, a amostra apresenta uma diversidade de profissões pertencentes aos diferentes setores económicos, primário, secundário e terciário. Sendo 4 indivíduos com indicação de doméstica, 3 indivíduos, agricultor/a. Os restantes 8 indivíduos apresentam profissões individualizadas, como cozinheiro/a, canalizador, costureiro/a, moleiro, pintor, relojoeiro, ferroviário e comerciante.

2.7 – TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo o Tempo de Institucionalização

Tempo de Institucionalização	Frequência
6 Meses	1
9 Meses	1
2 Anos	1
3 Anos	2
4 Anos	2
5 Anos	3
7 Anos	2
8 Anos	2
10 Anos	1
TOTAL	15

Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o Tempo de Institucionalização



Pelo Quadro 8 e Gráfico 8, verifica-se que a amostra em estudo é de acordo com o seu tempo de institucionalização varia entre os 6 meses e os 10 anos. Apresentando 3 indivíduos 5 anos de tempo de institucionalização, 2 indivíduos respectivamente 3 anos, 4 anos, 7 anos e 8 anos de tempo de institucionalização. Os restantes, 1 indivíduo com tempo de institucionalização de 6 meses, 9 meses, 2 anos e 10 anos.

3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS RESULTANTES DAS ENTREVISTAS

A preservação da identidade do idoso institucionalizado é de extrema importância, uma vez que este vai enfrentar uma nova realidade, um universo diferente daquele em que viveu grande parte da sua vida. Uma certa incapacidade para enfrentar um conjunto de emoções, o medo do anonimato, da rejeição, da solidão e mesmo de inutilidade, podem afetar o bem-estar emocional do idoso e de adaptação à sua nova vida.

É neste sentido que se apresenta de seguida a análise e discussão dos resultados encontrados neste estudo.

Tendo em conta as entrevistas realizadas junto da amostra (15 participantes), como definida em Procedimento e Análise dos Dados, obtiveram-se as seguintes Matrizes de Síntese e que passamos de seguida a analisar os resultados obtidos.

Procurou-se ter em consideração os temas definidos:

- Identidade Individual
- Identidade Social
- Identidade Cultural
- Identidade – Sugestões

Depois de identificados os temas foram definidas as categorias para cada um deles e de seguida cada uma das suas dimensões resultantes dos dados que se procuram obter das entrevistas realizadas.

3.1 – IDENTIDADE INDIVIDUAL

De acordo com a Categoria – **Motivo da Institucionalização**, obtiveram-se as seguintes Dimensões, apresentadas de uma forma descendente de atribuição de valor por parte da amostra em estudo:

- Problemas de Saúde – 4 inquiridos;
- Ser viúvo/a e sentir-se sozinho/a – 3 inquiridos;
- Situação Social/Necessidade – 3 inquiridos;
- Problema Social e viver sozinho – 3 inquiridos;
- Desresponsabilização da família – 2 inquiridos.

Tendo em conta a Categoria – **Decisão da Institucionalização**, resultaram as seguintes Dimensões:

- Decisão Pessoal – 8 inquiridos;
- Decisão da Família – 7 inquiridos.

Olhando agora à Categoria – **Vivia sozinha/o ou Elemento da Família**, obteve-se as seguintes Dimensões:

- Vivia sozinho/a – 9 inquiridos;
- Vivia com Marido/Esposa - 3 inquiridos;
- Vivia com os filhos – 2 inquiridos;
- Vivia com Irmão, Cunhada e Sobrinho – 1 inquirido.

Atendendo à Categoria – **Adaptação**, verificaram-se as seguintes Dimensões:

- Boa – 8 inquiridos;
- Muito boa/Fácil – 4 inquiridos;
- Razoável – 1 inquirido;
- Difícil – 1 inquirido;
- Muito Difícil – 1 inquirido.

De acordo com a Categoria – **Significado da Instituição**, obtiveram-se as seguintes Dimensões:

- Tudo de Mais Importante – 6 inquiridos;
- Papel de Ajuda – 5 Inquiridos;
- Muito Útil – 3 inquiridos;
- Importante por não ter ninguém – 1 inquirido.

Observando a Categoria – **Integração na Admissão**, resultaram as seguintes Dimensões:

- Razoável – 7 inquiridos;
- Boa – 6 inquiridos;
- Muito Boa – 1 inquirido;
- Deficiente – 1 inquirido.

Olhando para a Categoria - **Autonomia**, verificaram-se as seguintes Dimensões:

- Sentimento de total autonomia – 11 inquiridos;
- Sentimento de parcial autonomia – 2 inquiridos;

- Sentimento de Incapacidade – 2 inquiridos.

Atendendo a Categoria – **Importância da Instituição**, obtiveram-se as seguintes Dimensões:

- Muito Importante – 7 inquiridos;
- Importante – 6 inquiridos;
- Razoável – 2 inquiridos.

De acordo com a Categoria – **Avaliação do Espaço Físico**, resultaram as seguintes Dimensões:

- Bom – 8 inquiridos;
- Razoável – 4 inquiridos;
- Muito Bom – 3 inquiridos.

Verificando a Categoria – **Partilha do Quarto**, teve-se as seguintes Dimensões:

- Razoável – 5 inquiridos;
- Boa – 4 inquiridos;
- Muito Boa – 3 inquiridos;
- Possui Quarto Individual – 2 inquiridos;
- Muito bem, mas com dificuldade no início – 1 inquirido.

Analisando a Categoria – **Preservação de Objetos do Passado**, obtiveram-se as seguintes Dimensões:

- Fotografias de Membros da Família – 5 inquiridos;
- Sem Necessidade de qualquer objeto – 4 inquiridos;
- Fotografias de Membros da Família e Símbolos Religiosos – 2 inquiridos;
- Rádio – 2 inquiridos;
- Símbolos Religiosos e o Aquecedor – 1 inquirido;
- Fotografias de Membros da Família e Televisão Pessoal – 1 inquirido.

Tendo em conta a Categoria – **Privacidade, Intimidade, Integridade e Independência**, obtiveram-se as seguintes Dimensões:

- Sentimento de Respeito – 12 inquiridos;
- Sentimento de Respeito Parcial – 3 inquiridos.

De acordo com a Categoria – **Valores e Regras**, resultaram as seguintes Dimensões:

- Muito Importantes – 7 inquiridos;
- Normais – 4 inquiridos;
- Razoáveis, mas necessidade de Consulta dos Utentes – 2 inquiridos;
- Muito Importantes. Necessidade de mais consulta dos Utentes – 2 inquiridos.

Verificando a Categoria – **Despertar e Higiene Pessoal**, obtiveram-se as seguintes Dimensões:

- Sentimento de Realização Pessoal Absoluta – 10 inquiridos;
- Sentimento de Realização Pessoal Parcial – 4 inquiridos;
- Sentimento de Dependência – 1 inquirido.

Analisando a Categoria – **Refeições e Serviços do Lar**, verificaram-se as seguintes Dimensões:

- Bons – 10 inquiridos;
- Refeições não satisfatórias, Serviços bons – 4 inquiridos;
- Muito Bons – 1 inquirido.

Tendo em conta a Categoria – **Bem-Estar**, resultaram as seguintes Dimensões:

- Realização Pessoal Total – 9 inquiridos;
- Realização Pessoal Parcial – 6 inquiridos.

De seguida apresenta-se as Matrizes de Síntese do Tema “**Identidade Individual**” e comprovativas dos resultados apresentados anteriormente.

Institucionalização do Idoso e Identidade

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Individual	Motivo da Institucionalização	Ser Viúvo/a e sentir-se sozinho/a	●	●						●							
		Situação Social/Necessidade			●			●					●				
		Problemas de Saúde				●									●	●	●
		Problema Social e viver sozinha/o					●		●					●			
		Desresponsabilização da Família									●	●					
	Decisão da Institucionalização	Decisão Pessoal		●	●			●	●		●		●		●	●	
		Decisão da Família	●			●	●			●		●		●			●
	Vivia Sozinha/o ou elemento da Família	Vivia Sozinho	●	●	●	●		●	●	●					●		●
		Vivia com o Marido/Esposa					●					●		●			
		Vivia com os Filhos									●					●	
		Vivia com Irmão, Cunhada e Sobrinho											●				

Institucionalização do Idoso e Identidade

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Individual	Adaptação	Muito boa/Fácil	●	●				●									●
		Boa			●	●					●	●	●	●	●	●	
		Razoável								●							
		Difícil							●								
		Muito Difícil					●										
	Significado da Instituição	Tudo de Mais Importante	●			●	●				●	●			●		
		Muito Útil		●				●								●	
		Papel de Ajuda			●					●			●	●			●
		Importante por não ter ninguém							●								
	Integração na Admissão	Muito Boa	●														
		Boa			●	●					●		●	●		●	
		Razoável		●			●	●		●		●			●		●
		Deficiente							●								

Institucionalização do Idoso e Identidade

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Individual	Autonomia	Sentimento de total autonomia		●	●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	
		Sentimento parcial de autonomia					●										●
		Sentimento de Incapacidade	●						●								
	Importância da Instituição	Muito Importante	●		●			●			●			●		●	●
		Importante		●			●			●		●	●		●		
		Razoável				●			●								
	Avaliação do Espaço Físico (Espaço, Luz, Mobiliário, Espaços de Convívio, Descanso e Conforto)	Muito Bom		●		●							●				
		Bom					●			●	●	●		●	●	●	●
		Razoável	●		●			●	●								
	Partilha do Quarto	Possui Quarto individual	●													●	
		Muito bem mas com dificuldade no início		●													
		Razoável			●				●	●		●					●
		Boa				●					●		●		●		
		Muito Boa					●	●						●			

Institucionalização do Idoso e Identidade

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Individual	Preservação de Objetos do Passado	Fotografias de Membros da Família e Televisão Pessoal	●														
		Simbolos Religiosos e o Aquecedor		●													
		Rádio			●										●		
		Fotografias de Membros da Família					●			●	●	●					●
		Sem Necessidade de qualquer objeto						●	●					●		●	
		Fotografias de Membros da Família e Simbolos Religiosos					●						●				
	Privacidade, Intimidade, Integridade e Independência	Sentimento de Respeito	●	●	●	●	●	●		●		●	●		●	●	●
		Sentimento de Respeito Parcial							●		●			●			
	Valores e Regras	Muito Importantes	●				●			●	●			●	●		●
		Normais		●	●	●							●				
		Razoáveis, mas necessidade de Consulta dos Utentes						●	●								
		Muito Importantes. Necessidade de mais consulta dos Utentes										●				●	

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Individual	Despertar Higiene Pessoal	Sentimento de Realização Pessoal Absoluta		●	●	●		●			●	●	●	●	●		●
		Sentimento de Realização Pessoal Parcial	●				●		●	●							
		Sentimento de Dependência														●	
	Refeições e Serviços de Lar	Muito Bons		●													
		Bons	●		●		●			●	●		●	●	●	●	●
		Refeições não satisfatórias, Serviços bons				●		●	●			●					
	Bem-Estar	Realização Pessoal Total	●	●		●	●	●					●		●	●	●
		Realização Pessoal Parcial			●				●	●	●	●		●			
		Realização Pessoal Deficiente															

3.2 – IDENTIDADE SOCIAL

De acordo com as Matrizes de Síntese referentes à **Identidade Social**, obtiveram-se as seguintes Categorias e Dimensões:

Tendo em conta a Categoria **Visitas**, verificam-se as seguintes Dimensões:

- Filhos/as – 5 inquiridos;
- Irmã/o – 3 inquiridos;
- Sobrinho/a – 2 inquiridos;
- Primo/a – 2 inquiridos;
- Filhos e Netas -1 inquirido;
- Filhos e Irmãos – 1 inquirido;
- Ninguém – 1 inquirido.

No que se refere à Categoria **Assiduidade das Visitas**, resultaram as seguintes dimensões:

- Mensalmente – 6 inquiridos;
- 2 em 2 meses – 2 inquiridos;

- 1 x por Semana – 2 inquiridos;
- 2 em 2 Semanas – 1 inquirido;
- 3 x por Semana -1 inquirido;
- Raramente – 1 inquirido;
- Todos os dias – 1 inquirido;
- Sem visitas -1 inquirido.

A Categoria **Relações com os colegas**, obtiveram-se as seguintes dimensões:

- Boa – 13 inquiridos;
- Muito Boa – 2 inquiridos.

Na Categoria **Relação com os funcionários e Técnicos**, resultaram as seguintes dimensões:

- Boa – 10 inquiridos;
- Normal – 3 inquiridos;
- Muito Boa – 2 inquiridos.

Em relação à Categoria **Atividades do Lar (Valor)**, foram apontadas as seguintes dimensões:

- Muito Boas – 5 inquiridos;
- Boas – 2 inquiridos;
- Boas, mas sem vontade de as realizar – 2 inquiridos;
- Poucas atividades para a realidade dos utentes – 2 inquiridos;
- Muito importantes – 1 inquirido;
- Muito úteis – 1 inquirido;
- Suficientes mas não adequadas à situação dos utentes – 1 inquirido;
- Sem significado – 1 inquirido.

No que se refere à Categoria **Preferência nas Atividades**, surgiram as seguintes dimensões:

- Sem preferência – 4 inquiridos;
- Gosto por todas as atividades – 2 inquiridos;
- Jogar às cartas – 2 inquiridos;
- Teatro – 2 inquiridos;

- Ginástica – 2 inquiridos;
- Costura e Cantar – 1 inquirido;
- Natação e passeios – 1 inquirido;
- Costura /Crochet – 1 inquirido.

De seguida apresenta-se as Matrizes de Síntese do Tema “**Identidade Social**” e comprovativas dos resultados apresentados anteriormente.

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Social	Visitas	Filhos e Netas	●														
		Filhos e Irmãos												●			
		Sobrinho/a		●				●									
		Irmã/o			●					●			●				
		Filhos/as				●	●					●				●	●
		Primo/a							●		●						
		Ninguém													●		
	Assiduidade das Visitas	Mensalmente	●			●	●		●			●		●			
		Raramente		●													
		2 em 2 Meses			●			●									
		1 x por Semana								●			●				
		2 em 2 Semanas									●						
		Sem Visitas													●		
		3x por Semana														●	
		Todos os dias															●

Institucionalização do Idoso e Identidade

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Social	Relações com os colegas	Boa	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
		Muito Boa		●													●
	Relação com Funcionários e Técnicos	Boa	●	●		●		●		●	●		●	●	●		●
		Normal			●				●			●					
		Muito Boa					●									●	
	Atividades do Lar (Valor)	Muito Importantes	●														
		Muito Boas		●						●		●	●				●
		Suficientes mas não adequadas à situação dos idosos			●												
		Boas				●	●										
		Muito úteis						●									
		Sem significado							●								
		Boas, mas sem vontade de as realizar									●			●			
		Poucas atividades para a realidade dos utentes													●	●	

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Social	Preferência nas Atividades	Costura e Cantar	●														
		Gosto por todas as Atividades		●				●									
		Jogar às Cartas			●												●
		Natação e Passeios				●											
		Sem Preferência					●		●				●	●			
		Teatro									●	●					
		Costura/Crochet								●							
		Ginástica													●	●	

3.3 – IDENTIDADE CULTURAL

De acordo com a Matriz de Síntese referentes à **Identidade Cultural**, obtiveram-se as seguintes Categorias e Dimensões:

Na Categoria **Preservação de Costumes**, obtiveram-se as seguintes Dimensões:

- Sem alteração de valores, costumes e tradições – 8 inquiridos;
- Com alterações marcadas de valores, costumes e tradições. Necessidade de adaptação – 4 inquiridos;
- Sentimento de ser a mesma pessoa, mas com necessidade de adaptação/alteração ao lar – 3 inquiridos.

De seguida apresenta-se a Matriz de Síntese do Tema “**Identidade Cultural**” e comprovativas dos resultados apresentados anteriormente.

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade Cultural	Preservação de Costumes	Sentimento de ser a mesma pessoa, mas com necessidade de adaptação/alteração ao Lar	●				●					●					
		Sem alteração de valores, costumes e tradições		●	●			●		●	●		●			●	●
		Com alterações marcadas de valores, costumes e tradições. Necessidade de adaptação				●			●					●	●		

3.4 – IDENTIDADE – SUGESTÕES

De acordo com as Matrizes de Síntese referentes à **Identidade - Sugestões**, obtiveram-se as seguintes Categorias e Dimensões:

Na Categoria **Mudanças – Regras do Lar a mudar**, obtiveram-se as seguintes dimensões:

- Inexistência de alteração de regras. Tudo está bem – 11 inquiridos;
- Necessidade de individualidade, autonomia e privacidade – 2 inquiridos;
- Investimento na animação e em pessoal qualificado – 1 inquirido;
- Sem opinião firmada sobre o assunto – 1 inquirido.

Tendo em conta a Categoria **Expetativas Futuras**, resultaram as seguintes dimensões:

- Desejo de saúde e de morte sem sofrimento e angústia – 5 inquiridos;
- Sem expetativas em relação ao futuro, entregue à religiosidade – 3 inquiridos;
- Sem expetativas em relação ao futuro, à espera da morte – 3 inquiridos;
- Sentimento de doença e entregue à religiosidade – 2 inquiridos;
- Noção de proximidade do fim do ciclo de vida. Desejo de independência, autonomia e sem sofrimento – 1 inquirido;
- Melhoria a nível da saúde – 1 inquirido.

De seguida apresenta-se as Matrizes de Síntese do Tema “**Identidade - Sugestões**” e comprovativas dos resultados apresentados anteriormente.

Institucionalização do Idoso e Identidade

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade - Sugestões	Mudanças - Regras do Lar a alterar	Inexistência de alteração de regras. Tudo está bem.	●		●	●	●			●	●	●	●	●	●		●
		Necessidade de individualidade, autonomia e privacidade		●					●								
		Sem opinião firmada sobre o assunto						●									
		Investimento na animação e em pessoal qualificado														●	

Tema	Categorias	Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Identidade - Sugestões	Expetativas Futuras	Sentimento de doença e entregue à religiosidade	●			●											
		Sem expetativas em relação ao futuro, entregue à religiosidade		●					●				●				
		Sem expetativas em relação ao futuro, à espera da morte			●						●	●					
		Desejo de saúde e de morte sem sofrimento e angústia					●	●						●		●	●
		Noção da proximidade do fim do ciclo de vida. Desejo de independência, autonomia e sem sofrimento								●							
		Melhoria a nível da saúde													●		

4 – ANÁLISE DA AMOSTRA EM ESTUDO E SUAS VIVÊNCIAS

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização do perfil da amostra em estudo teve em conta os resultados obtidos nas entrevistas realizadas.

De salientar que a amostra definida é constituída por 15 utentes residentes no referido lar. A sua caracterização teve em conta o género, a idade, a naturalidade, habilitações literárias, estado civil, profissão e tempo de institucionalização.

Sendo dos 15 indivíduos que compõem a amostra 9 do género feminino e 6 do género masculino. Quanto às idades estas encontram-se compreendidas entre os 65 anos e os 92 anos, em que a média de idades se situa nos 83,33 anos, a mediana nos 84,5 anos e a moda é de 89 anos. Verificando-se tratar de uma amostra tendencialmente envelhecida, indo ao encontro da realidade da tendência verificada no nosso país. INE (2002).

De acordo com a naturalidade dos indivíduos que compõem a amostra verifica-se que 12 indivíduos pertencentes à amostra têm como naturalidade um concelho de Beira Baixa, ou seja, do concelho onde se encontra sediado o lar em estudo. Sendo 2 indivíduos de um concelho de Lisboa e Vale do Tejo e 1 indivíduo de um concelho do Baixo Alentejo. Em que para estes indivíduos provenientes de outros concelhos distantes pressupõem-se uma maior dificuldade de adaptação, uma vez que vão conviver com uma nova realidade de um novo local de residência, em que não teve proximidade nem afinidade com o mesmo, um certo afastamento da família e amigos que se encontram distantes, ou seja, um total afastamento das suas origens. Para os indivíduos que sempre residiram neste concelho depreende-se que a mudança para o lar pode ter sido mais amena uma vez que conviveram durante a sua vida com valores próximos do quotidiano da instituição.

Referenciando as habilitações literárias da amostra em estudo é possível verificar que apresentam um baixo nível de escolaridade. Em que 5 indivíduos são analfabetos, 4 indivíduos com instrução primária de apenas 3 anos de escolaridade, 5 indivíduos com a instrução primária com os 4 anos de escolaridade e apenas 1 indivíduo com uma escolaridade entre os 4 e os 9 anos. Com estes níveis de escolaridade baixos identificam que a amostra pertence a classes sociais por vezes desfavorecidas, com reformas baixas, um património cultural pobre e que as suas vidas foram dedicadas à sobrevivência material da sua família.

Atendendo ao estado civil verifica-se 11 indivíduos são viúvos e que 4 indivíduos são solteiros. Estes dados podem ser indicativos de que um elevado número de idosos encontram-se predisponíveis para situações de isolamento, solidão, depressão uma vez que se encontram privados das suas relações significativas das suas vidas. Em que perderam o seu cônjuge, outros nunca casaram, e em que as suas redes de relação são cada vez mais diminutas. Restam muitas vezes a estes as visitas de filhos para os primeiros e para os segundos, eventualmente, a visita de algum sobrinho, irmão, vizinho ou amigo e que constituem uma importância muito grande para estes.

No que se refere às profissões exercidas pelos elementos que constituem a amostra eram pouco qualificadas e tendencialmente ligadas à agricultura, com início das suas atividades profissionais ainda muito novos para assim, conseguirem garantir o sustento da restante família.

Analisando o tempo de institucionalização dos idosos pertencentes à amostra em estudo, pode-se verificar que varia entre os 6 meses e os 10 anos. Apresentando 3 indivíduos 5 anos de tempo de institucionalização, 2 indivíduos respetivamente 3 anos, 4 anos, 7 anos e 8 anos de tempo de institucionalização. Os restantes, 1 indivíduo com tempo de institucionalização de 6 meses, 9 meses, 2 anos e 10 anos.

4.2 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS REFERENTES À IDENTIDADE INDIVIDUAL

Procurando compreender o motivo que levou estes idosos pertencentes à amostra ao processo de institucionalização, verificam-se as seguintes causas: saúde, viver sozinho, situação ou problema social e desresponsabilização por parte da família. Vão ao encontro do que é defendido por diferentes autores Pimentel (2001), Guedes (2012), em que os fatores que poderão determinar a opção pelo internamento, nomeadamente, os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia, o isolamento, a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso, a falta de recursos económicos bem como habitacionais. Para reforço desta ideia e tendo em conta certos enxertos das entrevistas passa-se de seguida às suas transcrições.

De âmbito de problemas de saúde, “... *eu estive muito mal.*” Entrevista (E) (4); “*Por causa da doença.*” E (13); “...*eu estava no hospital muito mal...*” E (14); “...*cai, onde parti o joelho, parti o braço, a rótula também...e tenho mesmo muita dificuldade para poder andar...*” E (15).

Pelo facto de viver sozinho, “...fiquei viúva e senti-me muito sozinha...” E (1); “...eu estava sozinha em casa e eu não me sentia bem...” E (2); “...por que estava sozinha em casa.” E (8).

Devido a situação social e de necessidade, “A solução era esta.” E (3); “Por necessidade.” E (6); “...não tinha quem me tratasse..., os meus sobrinhos saíram e eu tive que vir.” E (11).

Quanto a motivo de problema social e de viver sozinho, “...e eu sozinha em casa não podia fazer o que me faziam aqui...” E (5); “...fiquei sozinha em casa...e os meus primos começaram a fazer-me mal, a levar tudo de casa.” E (7); “Ficamos sozinhos entre quatro paredes.” E (12).

Realçando a desresponsabilização da família, “...se ficasse um dia acamada como é que eles fariam se me deixavam o dia todo na cama e iam para o trabalho...” E (9); “...só por minha causa, nessa altura foi melhor para eles e para mim,” E (10).

Para avaliação da Decisão da Institucionalização e tendo em conta Barenys (1990) citado por Guedes (2012:112), indica que muitos idosos institucionalizados digam ter entrado voluntariamente, apesar de em muitos casos ser um ato voluntário fruto de um cálculo do “mal menor”. Outros indicam estar na residência porque quer, apesar de ir apresentando razões de força maior que estiveram na origem da entrada, normalmente relacionados com o desentendimento familiar ou com o desejo de não se tornar numa sobrecarga. Outros entram de forma forçada e em que alguns acabam por se resignar, outros não aceitam acabando por falecer pouco tempo depois da entrada ou deixam-se consumir pela tristeza e indiferença do que os rodeia. Outros dão entrada de uma forma, por vezes ilusória, pensando ficar temporariamente para uma breve recuperação e acabam por ficar indefinitivamente.

No caso concreto da amostra em estudo verifica-se que 8 inquiridos afirmam que decisão foi pessoal, “Foi minha.” E (3), E (9), E (13); “Eu inscrevi-me e chamaram-me.” E (6); “Tomei a decisão...tinha cá gente conhecida e era a minha freguesia.” E (11); “...eu disse, eu quero para lá ir e não choro, vou de vontade.” E (14).

Outros indicam que a decisão da institucionalização pertenceu à família, “Foi a minha madrinha...” E (1); “...eles andavam à pergunta e depois perguntaram a mim se eu queria vir.” E (4); “...da minha filha.” E (5), “...do meu irmão.” E (8); “Eu só soube já no fim. Foi o meu filho e a minha nora...” E (10); “Foram os meus filhos é que trouxeram para cá.” E (12); “...ele (filho), disse assim você aqui está muito melhor...” E (15).

Olhando agora o facto de viver sozinho ou acompanhado por algum membro da sua família verifica-se que tendencialmente a amostra em estudo vivia sozinho, de seguida com o

marido/esposa, com os filhos e depois outro membro familiar. Como nos indica Oliveira (2005:26), citando autores Berger (1995), Richard Mateev-Dirkx (2004) a necessidade de uma atenção sobre idosos que vivem em situações de isolamento e solidão e de todas as consequências que daí advém, como depressões, suicídio entre outras.

Outro ponto tido em conta na avaliação deste estudo foi a adaptação à instituição, uma vez que este passo representa um corte, ainda que simbólico, com a vida passada e com os hábitos quotidianos e a realidade física e relacional envolvente do indivíduo.

Como indica Cardão (2009:12) citando Encarnação (1995), Gineste e Pellissier (2008:230,231), que com a admissão do idoso no lar leva a uma reorganização da identidade do indivíduo ao conviver com uma realidade diferente daquela que viveu ao longo da sua vida.

No caso concreto do estudo, os utentes pertencentes à amostra indicam tendencialmente que a adaptação foi boa, “...*funciona relativamente bem...pode chamar-se um paraíso...*” E (3), “...*habituei-me a isto e fiquei contente.*” E (9); “...*estou habituado a lidar com pessoas e foi fácil.*” E (10); “...*toda a gente me tem tratado muito bem...*” E (11); “...*tem sido boa a adaptação aqui ao lar, graças a Deus.*” E (12), E (14).

De salientar que entre outros inquiridos afirmaram que a adaptação foi, “...*muito difícil*” E (5); “...*Custou-me muito e arrependi-me de vir tão cedo...mas agora vim para aqui falecer*” E (7); “...*Porque a vida já é outra.*” E (8).

Verificando o Significado da Instituição para estes utentes pertencentes à amostra, obtiveram-se os seguintes dados, “...*tudo,...foi muito importante*” E (1), E (4), E (13); “...*foi a melhor coisa que me podia ter acontecido.*” E (5); “...*é uma casa que trata muito bem da gente...*” E (9); “...*muito boa, estas casas, muito importante. Pelo menos a nossa.*” E (10). O facto de assumir um papel de ajuda, “...*ajuda as pessoas e de que maneira...*” E (3), “...*Ocupa-se destas pessoas assim.*” E (8), “...*é uma coisa boa para quem não tem quem o trate.*” E (11), “...*Porque servem bem a gente...o melhor que nós cá temos é a assistência médica, uma pessoa precisa de qualquer coisa ou de noite ou de dia, servem a gente.*” E (12), “...*ainda bem que esta casa existe, se não sei o que seria dos idosos...Olhe poucas casas há em Portugal tão boa como esta.*” E (15).

A salientar que uma das inquiridas afirma, ser uma casa com “...*muito barulho...é importante porque não tenho ninguém.*” E (7).

De referir segundo Guedes (2012:282) e citando Bazo (1991), o lar assume um papel positivo de segurança, ao prestarem apoio a qualquer hora do dia ou da noite e a companhia

de outras pessoas, apesar de possível falta de interação e comunicação. O facto de ter pessoas permite o contacto, ajuda e companhia que proporcionam sossego e a angústia de se sentir só. Existindo uma certa garantia de liberdade e autonomia pelo simples facto de não viverem sozinhas, não se sentindo desprotegidas e nem sós. Constituindo o lar como uma solução menos má e vista como um mal menor.

Questionados sobre como foi feita a sua Integração na Admissão no Lar, verificou-se na amostra em estudo que foi “... *muito boa. Mostrou-me o quarto...os idosos...*” E (1), “...*sim... pela assistente social*” E (11), E (12), “*Tudo foi apresentado. O quarto, os idosos e os funcionários.*” E (14). Contudo, apontam como razoável o processo de admissão, “...*razoável. Mostraram-me o quarto...e foi o que me disseram.*” E (2), “...*o quarto foi logo a primeira coisa que me mostraram.*” E (8), “...*fui conhecendo e adaptando aos sítios e às pessoas.*” E (10), “...*fui conhecendo pouco a pouco.*” E (15). Como referência deficiente, a E (7), com indicação de “*Não. Quando cá cheguei eu queria ir-me embora...*” E (7).

Como nos indica Pimentel (2001:75), a integração de uma pessoa idosa num lar representa “... *uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu o contributo mais ou menos válido. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila.*”

Quando analisado a categoria Autonomia, em relação à amostra em estudo, obtiveram-se os seguintes valores de referência “...*sou, graças a Deus então! Ai sim, senhora.*” E (2), “*eu vou resolvendo a situação.*” E (3), “*Até agora, consigo.*” E (6), “...*faço as minhas coisinhas...Pelo que sou autónoma.*” E (8), E (10), E (13), “*Até hoje nunca precisei de criada ou coisa nenhuma...*” E (12).

Contudo existem manifestações de certa incapacidade em relação à sua autonomia, como “*Agora já nem tanto...*” E (5), “...*às vezes vou precisando de uma coisita qualquer e elas fazem...*” E (15). E também de um sentimento de perda total de autonomia, como “*Não, não agora sinto-me incapaz de fazer qualquer coisa, com a doença que tenho da coluna.*” E (1), “*Agora não sou capaz, ando muito doente...*” E (7).

Como nos indica Giddens (2001:130, 132), a autonomia significa a capacidade individual para a autorrealização e autodeterminação em deliberar, julgar, escolher e agir de acordo como possíveis rumos da ação. Autonomia significa a realização com êxito do projeto reflexivo do self, como condição de um indivíduo se relacionar com os outros de um modo

igualitário. *“O projecto reflexivo do self tem de ser desenvolvido de forma a permitir a autonomia em relação ao passado, o que, por sua vez, facilita a colonização do futuro.”* De salientar que a autonomia ajuda também a estabelecer os limites pessoais necessários para uma fecunda condução das relações.

Analisando agora a categoria a Importância da Instituição para a amostra em estudo verifica-se que indicam como muito importante, *“...o lar para mim é tudo, estou cá bem.”* E (1), *“Há tudo aqui, tratam bem as pessoas...”* E (3), *“...não tenho outro sítio para onde ir...É a minha vida.”* E (6), *“...muito bem, não tenho nada a dizer, estou mesmo muito contente...isto vale muito...”* E (9), *“...isto é o melhor para mim...”* E (12), *“...muito importante e corresponde às minhas expetativas.”* E (14), *“Eu gosto da casa.”* E (15). Um grau de importância mais contida, *“...estou contente por acaso não tenho nada a dizer, não posso dizer mal...”* E (2), *“Porque preciso das pessoas e porque as pessoas me tratam bem.”* E (8), *“...estou contente. É claro às vezes há umas nuvens com umas pingas, compreendo o significado disso. Estou, estou satisfeito. Embora haja estas pequenas coisas...”* E (10). E de uma avaliação razoável, no que se refere à importância da instituição, *“Para dizer a verdade, eu gostava de estar na minha casinha muito bonita, que está alugada...para poder pagar aqui...eu tenho que considerar que os meus filhos não podem...”* E (4), *“Às vezes. Agora já gosto da casa. E que não goste calo-me.”* E (7).

Como nos indica Guedes (2012:271), devemos pensar nas representações associadas ao lar implica pensar na vida dos utentes antes e após o internamento em lar e sugere que se analise o que é que os utentes pensavam para a sua vida mesmo antes de ingressarem no lar, que representações e expetativas tinham construído acerca do que iria ser o seu futuro quando estivessem sós, a necessitar de cuidado ou, por algum contratempo da vida distantes da sua família de origem. E dão entrada numa instituição onde tem a avaliar tendo em conta as suas necessidades urgentes.

Tendo em conta a categoria Avaliação do Espaço Físico, verifica-se que da amostra em estudo, indicam ser *“...muito bom...estou a dizer muito bom”* E (2), *“...um quarto que é uma lindeza, gosto muito...”* E (4), *“...estou contentíssima...um quarto onde não tenho barulho...é confortável...espaço muito bom.”* E (11). Como bom em relação ao espaço físico, afirmam que *“...estou muito contente no quatinho que cá estou...não é muito grande mas é bom, sinto-me bem.”* E (8), E (14), *“Não posso exigir mais...são bons, há o espaço suficiente.”* E (10), *“É tudo bom, não há mal a dizer.”* E (12), *“O meu quarto é bom. Tem tudo, tem todas as condições. E os*

salões são magníficos.” E (13). Considerando como razoável o espaço físico, expressa-se que “...o quarto chega bem para mim, não é muito, mas sinto-me feliz.” E (1), “*É o suficiente, é suficiente para as pessoas estarem, pronto.*” E (3), “*É pequenino...*” E (7).

É de salientar que o espaço físico, os quartos tornam-se privilegiados por quase todos, mesmo os que estão em situação de saúde precária, pois é o espaço que garante aos residentes um certo conforto e descanso. Os quartos são os espaços que podem ser considerados de maior pertença individual, independentemente de o partilharem com outro utente. Guedes (2012:79).

No que se refere à categoria Partilha do Quarto, verificou-se que alguns inquiridos possuíam quarto individual, *...não, estou sozinha.*” E (1), “*No quarto estou sozinha e estou muito bem.*” E (14). Uma outra utente salienta que “*...custou-me um bocadinho, mas já me habituei a ela,...e sou como uma mãe dela. Sou muita amiga dela...*” E (2). Outros referenciam “*...uns são mais práticos do que outros, uns são mais controversos, sei lá...*” E (3), “*É pequenino, mas está lá uma senhora, que só dorme toda a noite, não me faz mal.*” E (7), “*...fizeram lá uma cortina ao meio, é como se tivesse sozinho e mais nada.*” E (10), “*...ele ressona muito sabe, e provoca muitas vezes eu querer dormir e não me deixar e eu aviso-o fecha a boca, ele dorme de barriga para o ar e está sempre de boca aberta quando... mas eu dou-me bem com ele e digo-lhe vira-te só um bocadinho para o lado e ele coitado. Está tudo bem e eu também o ajudo em muita coisa...ajudo-o naquilo que posso.*” E (15). Outros indicam que “*Sim, tenho e gosto dela.*” E (8), “*...eu vou à missa de manhã...e temos sempre um diálogo, uma com a outra....está com frio nos pés e eu vou buscar uma mantinha para a aquecer, temos uma boa relação...é uma boa pessoa.*” E (9). “*Sim, porque ela também é muito boazinha...ajudo-a no que eu posso, ela é muito velhinha...tinha era uma coisa, demorava-se muito na casa de banho, eu queria ir à missa...às vezes trago-a para baixo, levo-a.*” E (11). Um outro afirma “*Não tenho problemas nenhuns com o meu colega de quarto.*” E (13). Enquanto outros salientam como extremamente positivo o relacionamento, “*Somos maravilhosas, uma com a outra.*” E (5), “*Estou contente com o meu companheiro...muito bem até.*” E (6), “*Eu com ele e ele comigo, somos dois irmãos.*” E (12).

É a partilha do seu quarto, do seu cadeirão, da sala de refeições com um aglomerar de pessoas idosas e cada um com a sua realidade própria. As interações que o idoso estabelece com outros parceiros institucionalizados são por vezes marcadas pela conflituosidade ou pela indiferença. É, frequente o idoso manifestar que a convivência com o outro é pouco proveitosa e que, de um modo geral, têm poucos interesses em comum que lhes permitam

manter uma conversação agradável, muito menos o estabelecimento de laços de afetividade. Pimentel (2001:208).

Contudo, dos resultados obtidos neste estudo os dados convergem tendencialmente para uma boa convivência entre os utentes que compõem a amostra em estudo. Sendo assim, um indicador da cordialidade, de um ambiente agradável e saudável em que vivem os idosos institucionalizados neste lar. Contrapondo a afirmação anterior de Pimentel (2001).

De acordo com a categoria Preservação de Objetos do Passado verificou-se na amostra em estudo que indicam ter “... a fotografia do meu marido...dos meus pais e dos meus filhos, netas...tenho a televisão.” E (1), “...as fotografias dos meus familiares...é a coisa mais importante que tenho agora cá.” E (5), “...o aquecedor que lá tenho no quarto, tenho fotografias de familiares.” E (8), “...fotos dos meus netos e netas na mesa-de-cabeceira, a fotografia do meu marido dependurada.” E (9), “Tenho lá fotografias das minhas netas, tenho as fotografias do tempo da tropa.” E (10). Outros indicam ter “Tenho o menino Jesus é meu, a nossa Senhora é minha...a jarrinha é minha uma jarra que tenho com flores. Tenho fotografias dos meus filhos todos,... tenho tudo o que me faz falta.” E (4), “...trago uma fotografia do meu pai, trago uma bíblia, trago uns livros para ler.” E (11), “...o Sagrado Coração de Jesus, trouxe certas assim...coisitas, poucas mas trouxe.” E (2). Uns mais frios em relação aos seus objetos afirmam, “Não quis trazer...Sim, deixei tudo na minha terra.” E (6), “Não...Só a minha roupa... Não me disseram para trazer mais nada...também o que lá tinha, depois da morte do meu marido, levaram quase tudo.” E (7). “Está lá o fatito, os farrapitos...Eu não gosto de fotografias. Chega a minha...” E (12), “Não trouxe nada de casa... Não quis.” E (14).

Como nos indica Mallon (2000), citado por Guedes (2012:83), o quarto, significa o refúgio que permite o idoso mergulhar no seu mundo anterior, daí a importância da sua autonomia na definição da decoração de conteúdos, que aí desejam colocar, preservando a sua identidade e auto-estima.

Avaliando a categoria Privacidade, Intimidade, Integridade e Independência, verificou-se na amostra em estudo um sentimento de respeito em relação à sua individualidade, assinalando que “...respeitam a gente e tudo e gosto de cá estar e há respeito.” E (1), E (5), E (8), E (10), E (11), E (13), E (14), E (15), “Não tenho nada a dizer, valha-me Deus.” E (2), E (3), E (4), E (6). Contudo, existem utentes que afirmam um sentimento de respeito parcial, “Às vezes...elas andam chateadas com a vida delas e a gente nem lhes pode pedir. Nem dizer nada.” E (7), “...mas há

algumas...coitadas, algumas temos que desculpar.” E (9), “...uma ou duas que faltaram ao respeito, havia de “pantar” um processo contra elas, mas fica para outra vez.” E (12).

Como afirma Pimentel (2001:208), a perda da sua privacidade, os espaços da instituição são partilhados por todos os seus membros, com pessoas que desconhece, que nunca fizeram parte do seu ciclo de familiares, amigos, vizinhos e colegas e com quem teve laços sociais íntimos e profundos. É a partilha do seu quarto, do seu cadeirão, da sala de refeições com um aglomerar de pessoas idosas e cada um com a sua realidade própria. As interações que o idoso estabelece com outros parceiros institucionalizados são por vezes marcadas pela conflituosidade ou pela indiferença. É, frequente o idoso manifestar que a convivência com o outro é pouco proveitosa e que, de um modo geral, têm poucos interesses em comum que lhes permitam manter uma conversação agradável, muito menos o estabelecimento de laços de afetividade. A perda da sua intimidade, com a partilha do quarto com outros idosos que nunca teve laços sociais. Os cuidados de higiene e o seu banho pessoal que deixa de ser ao seu belo prazer, para ter que partilhar o seu corpo íntimo, entregados ao cuidado dos profissionais que trabalham na instituição. E com horas e dias bem definidos ao qual o idoso deve respeitar sem contestação. A interdição de estar no seu quarto fora das horas de dormir, que constitui um local de privacidade, onde não pode receber visitas de familiares e amigos, a menos que esteja acamado.

Indica ainda Guiddens (2001:96), a ideia *“A intimidade significa a revelação de emoções e de ações que o indivíduo não quer expor a um olhar mais vasto. Na verdade, a revelação daquilo que é guardado das outras pessoas é um dos principais indicadores psicológicos para estimular a confiança do outro e para a obter em retorno”*.

Tendo em conta a categoria Valores e Regras, a amostra apresentou a seguinte interpretação da mesma, *“...está tudo bem...são umas regras boas.” E (1), “Penso que melhor não pode ser...sou consultada...sinto-me bem...nunca fui impedida de fazer...” E (5), “Nunca ninguém disse que não...quando eu preciso peço...” E (7), “Os valores da casa cada vez são melhores. Bons...respeitam...está tudo bom, não há nada a mudar...” E (12), “...são magníficos...dão resposta aos meus pedidos...não me interferem em nada...consigo fazer a minha vida normal.” E (13), “...a casa tem tudo aquilo que a gente necessita. Tem tudo...fazem-me tudo nesta casa...Não são impeditivas de realizar a minha vida.” E (15), “...não há aqui nada a apontar...Peço e sou atendido...se não tenho mais é porque não preciso mais...isto funciona certo...” E (3), “...estão sempre disponíveis para aquilo que eu quero...” E (4), “...está tudo muito bem...a instituição é a minha família...e portanto sinto-me bem.” E (11). Contudo, outros afirmam que *“...não estou dentro desses assuntos...**

(consultado), isso pouco...até seria útil...” E (6), “...valores muito importantes para mim...casa riquíssima em todos os aspetos tanto moralmente como materialmente também. Felizmente ainda tem pessoas caridosas que ajudam a casa... (consultado) isso pouco... (regras) não interferem com a minha vida.” E (10), “ (valores) tem tudo quanto é bom. É uma casa importante, e toda a gente que precisa deve para cá vir que somos bem tratados...às vezes posso que ter que esperar um bocadinho, mas tenho sempre resposta...havia de haver mais meninas para dar atenção à gente, estar um bocadinho às vezes a falar para a gente e assim. As regras não são impeditivas.” E (14).

É interessante saber se os utentes participam no estabelecimento de regras, normas e horários, como Barenys (1990), citada por Guedes (2012:177) indica e que dizem respeito à convivência quotidiana, normas que se relacionam com os horários, os quais procuram facilitar o controlo das pessoas e normas de segurança, com o objetivo de zelar pela segurança e integridade física dos idosos, embora reflitam o propósito inequívoco de os controlar. Caso exista um incumprimento das normas pode originar dificuldades de convivência do idoso com o pessoal, sendo portanto desejável gerar um tipo de pessoa submissa e não conflituosa.

Acrescenta ainda Pimentel (2001:207) que a maior ou menor facilidade de integração e aceitação da realidade institucional depende, em grande medida, do tipo de normas que regulam o funcionamento da instituição e do grau de abertura que esta tem em relação ao espaço exterior.

Interpretando a categoria Despertar e Higiene Pessoal, verificasse através da amostra em estudo os seguintes resultados, um sentimento de realização pessoal, “*Não, ninguém me acorda...*” E (2), “*Faço eu...Eu sou capaz de o fazer, faço, não necessito que elas me ajudem...*” E (3), “*Até à data é tudo feito por mim.*” E (6), “*...não chateio nenhuma funcionária para nada, nem para me acordarem, para me vestirem, para nada.*” E (9), “*Sou eu que acordo todos os dias...faço sozinho...*” E (10), E (12), E (13), E (15), “*...eu levanto-me sozinha, vou à casa de banho, lavo-me, tempero-me, visto-me e vou à missa.*” E (11). Contudo outros afirmam um sentimento de realização pessoal em que “*Quando eu tinha saúde, eu fazia sozinha, mas agora peço a ajuda a elas....*” E (1), “*...até há um ano, fazia eu completamente, levantava-me à hora que queria,...mas agora não sou capaz de me manobrar...as meninas vêm fazer de manhã e à noite...preciso.*” E (5), “*...já não sou capaz...para o banho.*” E (7), E (8). E com sentimento de dependência total, “*...acordo sempre sozinha...para me levarem à casa de banho...mas de resto fazem elas.*” E (14).

O momento de despertar pode ser determinado pelo próprio utente, quando este ainda tem autonomia para se vestir e proceder à sua higiene pessoal, ou então pelas funcionárias que são responsáveis pelo cuidado aos idosos. Guedes (2012:146). São as funcionárias que determinam a ordem pela qual os idosos têm de despertar, de acordo com os critérios de funcionalidade, existindo barulho e agitação associada ao trabalho das cuidadoras, impedindo que certos utentes possam descansar sossegadamente, onde as janelas são abertas e a luz que penetra impede que alguém consiga dormir.

No que se refere aos cuidados de higiene, Barenys (1990), Goffman (1996), citados por Guedes (2012:149), indicam que procura-se criar um ambiente agradável e higiénico, uma vez que a vida num coletivo em que existe um contacto permanente de pessoas com distintos graus de saúde e de níveis de autocontrolo pode chegar a ser desagradável para os melhores conservados e se os mais deteriorados não cumprem com as normas de higiene e de auto cuidado. Existindo uma forma de mortificação que se desenvolve nas instituições e em que existe uma espécie de exposição contaminadora de tipo físico, envolvendo a manifestação do corpo, podendo implicar uma rutura das habituais disposições do ambiente, como forma de isolamento da fonte de contaminação.

Olhando agora à categoria Refeições e Serviços do Lar, a amostra em estudo expressou-se da seguinte forma, como bons “...*não podemos dizer mal das refeições...no lar o comer é bom e com fartura...com respeito a médicos, enfermeiros, empregadas são todas muito boas raparigas.*” E (1), “*A comida é boa...Tudo funciona...empregadas, tudo limpo, tudo impecável, não há aqui nada a dizer.*” E (3), E (5), “*A comida é boa... (cuidados) eu gosto de estar cá*”. E (8), “*A comida para mim é boa...Todos, me tem tratado bem, até aqui estou satisfeita...*” E (11), “*...a comida é boa, não pode ser melhor... (cuidados) são magníficos, não tenho nada a apontar.*” E (13), E (14), E (15). Outros indicam que as refeições “*...eu estou muito desgostosa com as refeições...*” E (4), “*...eu sofro do estomago, não são as mais adequadas. Tenho necessidade de outras comidas.*” E (6), “*Às vezes é bom, outras vezes...*” E (7), “*...há um ponto de interrogação. É assim fartura há muita, agora qualidade já não se pode dizer o mesmo.*” E (10).

Procura-se perceber quais os hábitos seguidos e as possibilidades de escolha, no que se refere às refeições proporcionadas aos utentes. A existência de uma hora certa para começar essas refeições e sendo os idosos obrigados a cumprir com esses horários. Os idosos são avisados e alertados para o momento exato das refeições por via do toque do sino e só a partir deste momento começam a dirigir-se para a porta do refeitório. Guedes (2012:157). A

necessidade da existência de um nutricionista é patente nas afirmações dos utentes em estudo, muitas vezes para satisfazer um simples prazer a nível das refeições, bem como para salvaguardar eventuais problemas relacionados com a saúde dos mesmos.

Como indica Pimentel (2001:233), a instituição não deve dar primazia só às necessidades fisiológicas, como alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene, mas também atender à especificidade, à experiência, à vivência de cada indivíduo idoso. Ou seja, o utente deve ser visto como um todo, uma visão holística de forma a proporcionar a este utente institucionalizado uma integração mais facilitada e procurar manter a sua integridade, intimidade, privacidade e identidade.

Atendendo à categoria Bem-Estar, verificaram-se por parte da amostra em estudo as seguintes afirmações, *“Eu consigo, quero estar aqui até à morte.”* E (1), *“Sinto-me bem, sem problemas.”* E (4), E (13), *“Graças a Deus. Consigo.”* E (14), *“Consigo, fazer sim, à minha maneira...”* E (15). Outros indicam uma realização pessoal parcial, *“Quando eu necessito de alguma coisa, eu peço e elas ajudam-me.”* E (3), *“...só se tiver um bocadinho doente é que sinto alguma dificuldade.”* E (8), *“...quando eu cai é que era um pouco difícil...até ao dia de ser capaz de o fazer.”* E (9), *“...eu já não estou o que era...já não ando como andava e como queria. Claro, os anos também passam.”* E (10).

Segundo Oliveira (2011:16), bem-estar é definido como *“a condição caracterizada por felicidade, saúde, ou prosperidade (...) a percepção do estado físico, mental, social e ambiental individual.”*. Afirma ainda que para descrever o nível de bem-estar experimentado pelas pessoas de acordo com as avaliações subjetivas das suas vidas, tendo em consideração os julgamentos e sentimentos acerca de satisfação com a vida, interesse e envolvimento, reações afetivas aos eventos da vida, satisfação com o trabalho, relacionamentos, saúde, recreação, significado e propósito. Bonno, McCullough e Root (2008); Diener e Ryan (2009).

4.3 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS REFERENTES À IDENTIDADE SOCIAL

De acordo com a avaliação feita e tendo em conta as categorias e dimensões definidas chegaram-se às seguintes conclusões:

Da análise da categoria Visitas, a amostra em estudo manifestou as seguintes dimensões, Filhos/as *“...os meus filhos.”* E (4), E (14), *“...a minha filha...quando pode...”* E (5), *“...a*

minha nora. O meu filho...é mais desprevenido...” E (10), *“o meu filho...”* E (15). Outros indicam ser a irmã/o *“...uma irmã...”* E (3), E (11), *“Os meus irmãos.”* E (8), ainda outros afirmam ser sobrinhos e primos, *“...o meu sobrinho...”* E (2), *“...uma sobrinha...”* E (6), *“...só o meu primo é que me vem visitar.”* E (7), *“...o meu primo...”* E (9). Outra indica a presença das netas *“Visitarem vem os meus filhos e as minhas netas.* E (1). De salientar que uma utente indica a ausência de visitas, *Não senhora, não tenho cá ninguém.”* E (13).

Como nos indica Junod (1984:216) *”Todos nós temos consciência de que, a família, no sentido mais amplo da palavra, é um terreno propício ao desenvolvimento comum, no qual têm perfeito cabimento os conflitos e intercâmbios afetivos. A rutura entre as gerações ameaça o equilíbrio psíquico tanto do idoso como da criança. Portanto, favorecer o intercâmbio entre gerações é proteger o desenvolvimento da sociedade”.*

Atendendo a categoria Assiduidade das Visitas, verifica-se na amostra em estudo as seguintes dimensões, acontecem mensalmente *“...vem todos os meses...tem agora muito trabalho...E disse, olhe minha mãe nos fins de meses a ver.”* E (1), *“Todos os meses...”* E (4), E (7), E (12), *“Vá lá de mês a mês. Mas ela não pode fazer mais...”* E (5), *“...mais ou menos uma vez por mês, eles telefonam mais...”* E (10). Indicam outros que a assiduidade das visitas acontecem de dois em dois meses, *“...quando precisam de cá vir, de 2 em 2 meses.”* E (3), *“...uma sobrinha que costuma vir de dois em dois meses.”* E (6). Outro afirma que as visitas acontecem *“Três vezes por semana e principalmente ao domingo”* E (14), uma outra *“...mais ou menos de 2 em 2 semanas vêm cá.”* E (6), outro indica que as visitas ocorrem raramente, *“...vem poucas vezes...ele está muito ocupado, não posso levar a mal...tem a vida dele, e é assim não levo a mal.”* E (2). Um outro utente indica não ter visitas, *“...ninguém me visita, ninguém aparece.”* E (13). Um de entre a amostra assinala que as visitas acontecem todos os dias *“Vem. Todos os dias.”* E (15).

Como afirma Guedes (2012:220), frequentemente se associa a entrada em lar ao abandono ou negligência por parte da família. No entanto na impossibilidade de assegurar por completo os cuidados do seu familiar idoso, a família pode assegurar um papel importante na vida do idoso, desde que é tomada a decisão da entrada em lar até à vivência do dia-a-dia, prestando apoio e acompanhamento, na medida das suas possibilidades.

Verificando a categoria Relações com os colegas, obtiveram-se da amostra em estudo os seguintes pontos de vista, como boa, *“Muito bem, eu dou-me bem com eles todos.”* E (1), *“É, gosto mais de um de que outros, mas de maneira geral funciona certo...mais vale cair em*

graça de que ser engraçado...” E (3), “...eu gosto de toda a gente...” E (4), “O melhor possível...a relação é boa.” E (5), E (9), E (10), E (14), “Dou-me bem com todos...faço o possível para lidar com todos...” E (6), E (12), “...não tenho nada com ninguém...eu também não pego com ninguém...” E (7), “Boa, converso, estou bem e pronto. Passo mais tempo com a minha vizinha X.” E (11), “dou-me bem com todos, como costumo dizer só não se dá comigo quem não quer. Apesar de ser assim tenho um espírito aberto.” E (13). Contudo outros indicam que esta relação é muito boa “Muito bem, damo-nos todos muito bem...nós temos que nos aceitar uns aos outros.” E (2), “Tudo muito bem...eu já lhe disse eu não posso andar zangado com ninguém.” E (15).

Guedes (2012:204) citando De Singly e Mallon (2000), afirmam que um dos principais fatores dissuasores do estabelecimento de amizades prende-se com a proximidade na vivência que impõe, de forma forçada, a partilha de informações sobre a vida dos indivíduos, privando-os de uma intimidade que desejariam. Uma vez que a intimidade é algo que se partilha com aqueles que seleccionamos no nosso ciclo relacional.

Olhando agora, para a categoria Relação com Funcionários e Técnicos do Lar, verifica-se que a amostra em estudo apresenta as seguintes dimensões, como boa “É boa...são todos muito simpáticos” E (1), “É boa...” E (4), E (6), “São boas. Não tenho nada a dizer delas.” E (8), (11), “Sim, não tenho razão de queixa nenhuma...” E (10), “Não pode ser melhor...rezo uma salva rainha...por intenções delas...” E (15). E como normais “Dou-me bem com algumas, algumas são boas, outras têm dias.” E (7).

Como Goffman (1996) citado por Guedes (2012:241), indica existir uma grande distância entre o mundo dos internados e a equipa de profissionais, em que afirma mesmo, existir dois mundos sociais e culturais diferentes, que só caminham juntos com pontos de contacto oficial, mas com pouca interpenetração. O mesmo autor salienta ainda que a equipa de profissionais, devia trabalhar no sentido de alcançar um objetivo central da instituição que é de dar respostas às necessidades dos utentes, numa perspetiva de abertura e ligação com a comunidade, minimizando os problemas afetos às pessoas idosas.

Atendendo aos resultados obtidos neste estudo, verifica-se que os entrevistados manifestam um certo apreço, um certo carinho, um certo conforto. Não sendo notório um distanciamento entre utentes e profissionais. Manifestando mesmo, o facto de rezarem pelos profissionais, como um sentimento proximidade e devido à tradição religiosa que se vive no nosso país. E também pelo facto, deste estudo ter sido realizado no interior do país onde a

religiosidade é vivida e sentida de uma forma mais intensa. Os dados deste estudo contrariam assim, Goffman (1996) e Guedes (2012), na sua citação anterior.

Avaliando a categoria Atividades do Lar, seu valor, indica a amostra em estudo, que é “muito boas” *“Muito boas... eu não costumo ir...apanhei uma doença...não posso apanhar frio...”* E (2), *“Tenho lá ido constantemente e é muito bom mesmo...aquilo anima todas as pessoas.”* E (10), *“...muito bem, às vezes também não posso lá ir.”* E (11), *“...muito bom...gosto muito de lá ir.”* E (15). Como boas, *“...tudo bom, hoje fui à piscina...”* E (4). *“...boas...já não me sinto com idade e cabeça às vezes.”* E (9), *“Boas...fui lá no princípio...para fazer ginástica...quando era novo...para fazer espetáculo...aquilo já não me diz nada...”* E (12). Como sendo suficientes mas pouco adequadas à situação dos idosos, *“...suficientes...as pessoas tem idade...não compreendem determinadas coisas.”* E (3). Como poucas para a realidade dos utentes, *“É pouco...acho que fazem poucas atividades.”* E (13), *“...há falta de pessoas para passarem ao pé das pessoas para animarem...”* E (14).

Jacob (2007:31), define a animação de idosos como a maneira de atuar em todos os campos de desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, sendo um estímulo permanente da vida mental, física e afetiva da pessoa idosa. E para tal é necessário desenvolver a motivação, a dedicação, o esforço e prazer na execução de determinada atividade.

Tendo em conta a categoria Preferência nas Atividades, verificou-se na amostra em estudo que indicam como dimensões, a realçar a indicação sem preferência, *“Olhe sinceramente não sei...não sou muito ligada...”* E (5), *“Gostava de trabalhar, cozer, não estar parada. Mas os meus já não deixam.”* E (7), *“Eu não vou, raramente vou...sei lá. Nem lhe sei dizer.”* E (11), *“Já não estou a ver nada que gostasse de lá fazer...Aquilo já não me diz nada.”* E (12). Manifestam gostar de todas as atividades, *“...meu amigo eu sou muito brincalhona, qualquer coisa...”* E (2), *“As atividades cá do lar são todas boas...”* E (6). Outros indicam jogar às cartas, *“...jogar às cartas, mas aqui não há muita gente com cabeça para jogar e eu também já me passei...”* E (3), *“...jogar às cartas, mas ultimamente não temos jogado muito...”* E (15). Temos também como preferência o teatro, *“Sim, já fui a muitos lados fazer teatro.”* E (9), *“Representações, teatro e também as conversas entre nós...”* E (10). Ainda, indicam como preferência a ginástica, *“É a ginástica.”* E (13), E (14). Outros, indicam costura/crochet e cantar, *“...crochet, gosto muito, fazer caixecóis...cantar para os idosos.”* E (1), *“...fazer crochet...”* E (8). Uma outra utente indica, *“Gosto muito da natação...vamos, passear...”* E (4).

Como indica Jacob (2007:7), se forem dadas condições ao indivíduo para que ele tenha um bom desempenho na execução de uma determinada tarefa ou atividade e ele tiver competências necessárias, o seu grau de eficácia depende apenas da sua motivação e de forma a satisfazer as suas necessidades.

4.4 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS REFERENTES À IDENTIDADE CULTURAL

Tendo em conta o tema Identidade Cultural, foi definida a categoria Preservação de Costumes, das quais resultaram diferentes Dimensões.

Como um sentimento de sem alteração de valores, costumes e tradições com o ingresso no lar, “...gosto muito de rezar, rezar o terço...rezo aqui, ainda até mais do que lá, é que lá tinha a minha vida para fazer.” E (2), “...aquilo que antes fazia, aqui não fazem de outra maneira...” E (3), “Graças a Deus vou fazendo...realizo tudo sem problemas...” E (8), “...tenho mais tempo para essas coisas...” E (9), “Eu costumo fazer...as minhas coisas...vou beber o meu cafezinho como fazia sempre, é tudo igual.” E (15). Outros utentes assinalam alterações marcadas de costumes, valores e tradições e uma certa necessidade de adaptação, “...a nossa tradição é outra, os nossos costumes de comer e isso são outras coisas, aqui a gente tem que se adaptar aquilo que tem como uso...mas é bom na mesma...” E (4), “...com muita pena minha, já não consigo...já não sou capaz de fazer...” E (7), “Aqui não, esqueci-me já de tudo...isso já passou. E (12), “Não consigo manter nada disso... eu estou bem assim.” E (13). Ainda, outros utentes indicam um sentimento de serem a mesma pessoa, mas com necessidade de adaptação e alteração ao lar, “Sou a mesma pessoa, quando tinha 30 anos ou 40...a coisa do lar é outro ambiente que não é lá fora...olhe habituei-me a isto e gosto disto.” E (1), “Houve uma pequena alteração...havia uma coisa que não podia ser feita assim...mas...” E (5), “Consigo...não, consigo realizar tudo.” E (10).

Dubar (1997:40), sublinha que “A personalidade dos indivíduos é o produto da cultura onde nasceram. Mais precisamente, as instituições com as quais o indivíduo está em contacto no decurso da sua formação produzem nele um tipo de condicionamento que, a longo prazo, acaba por criar um certo tipo de personalidade.”

O que condiciona sem dúvida o idoso institucionalizado, uma vez que ele é fruto de uma cultura enraizada ao longo da sua vida e vê-se num novo ambiente em que os pontos de referência já não são os mesmos e depara-se com um nova realidade vendo-se obrigado a uma nova adaptação ou entrar numa fase de negativismo em que se isola, vive numa solidão

interior, entra em fases agonizantes como a depressão e em alguns casos, se não detetados a tempo, as tentativas de suicídio.

4.5 – DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS EM TORNO DAS SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS IDOSOS

Analisando o tema Identidade – Sugestões, definiu-se Mudanças – Regras do Lar a alterar, tendo sido criadas as seguintes dimensões, Inexistência de alteração de regras em que tudo está bem, “*Não...eu estou cá bem, não posso estar melhor do que estou...acho que assim estou bem...não sou ninguém para dar ordens...*” E (1), “*Não há nada que se diga para corrigir...não há nada a apontar.*” E (3), “*Nada...não há mais nenhum lar como este...está tudo bem.*” E (4), “*Nada, está tudo bem...está tudo ótimo.*” E (9), E (10), E (11), E (12), E (13), “*Não vejo nada que quisesse mudar...tem de haver regras e as que estão é que estão bem.*” E (15). Outros, apontam a necessidade de individualidade, autonomia e privacidade, “*Só se tivesse sozinha, não sei (quarto)...não vejo regra nenhuma de especial.*” E (2), “*...era mais sossego, não haver tanto barulho naquela sala, tanta gente a incomodar. Melhorar a qualidade das refeições.*” E (7). Outra utente indica a necessidade de investimento na animação e em pessoal qualificado, “*...haver assim pessoas para passarem um bocado tempo com a gente, conversarem e assim.*” E (14). Um outro indica não ter uma posição firmada sobre o assunto, “*Não me posso manifestar nesse aspeto...não tenho conhecimentos para isso.*” E (6).

De acordo com Goffman (1990), citado por Guedes (2012:40), “*o internamento desemboca numa remodelação do “eu” de tal maneira que a pessoa acaba sendo o que a instituição pede que seja através das suas práticas de vida e aplicações regulamentares...*”. Interessa saber se os utentes participam no estabelecimento das regras, normas e horários, saídas e entradas do lar, horas de visitas, dias e horas do banho, sobre a limpeza do seu quarto, sobre as refeições e ementas, as atividades de animação que mais desejam praticar.

Uma outra categoria avaliada foi Expetativas Futuras, em que a amostra em estudo apresentou as seguintes dimensões, um desejo de saúde e de morte sem sofrimento e angústia, “*Viver com saúde, para não estar acamada...ter uma morte rápida...ter um bocadinho de saúde já agora que lá vem a bisnetinha, para ver se consigo ainda vê-la.*” E (5), “*O meu futuro é a continuação aqui no lar e que tratem de mim o suficiente*” E (6), “*...corra como tem corrido até aqui...sem problemas de saúde.*” E (12), “*O meu futuro é estar aqui até à morte...saúde mais nada...andar para ir a todo o lado aonde vão os outros, mas não posso.*”

E (14), *“Olhe o meu futuro é um dia vir a morte...já não consigo realizar mais nada. O fim da minha vida é aqui.* E (15). Outros indicam não ter expectativas em relação ao futuro e entregues à religiosidade, *“Olhe fechar os olhos e ir para o céu...o meu futuro é amar a Deus, rezar...”* E (2), *“À espera que o Senhor me leve para o céu.”* E (7), *“Sou católica portanto vou para o céu.”* E (11). Outros ainda, assinalam sem expectativas em relação ao futuro, à espera da morte, *“...é terminar aqui...”* E (3), *“...à espera de um dia morrer...já está tudo feito...”* E (9), *“...estou à espera que chegue aquele momento e ir para o eterno descanso...ir para perto da minha mulher...”* E (10). Ainda outros apontam um sentimento de doença e entregues à religiosidade, *“...à espera que Deus me dê uma hora pequenina para me levar para o céu...já não posso fazer nada com a doença que tenho...”* E (1), *“...é Deus nosso Senhor me dar mais saúde...”* E (4). Uma outra utente indica, *“Já pouco há a fazer. Estou com idade. Mas gostava de continuar a ser como sou agora independente, ou seja autónoma nas minhas tarefas. E não sofrer...”* E (8). Uma outra utente diz que *“Eu estou doente. Era conseguir melhorar a minha saúde.”* E (13).

Como referia o anterior Papa Bento XVI, num discurso numa casa de repouso de idosos, *“Cada um de nós é querido, cada um de nós amado, cada um de nós é necessário.”* (24/05/2005). É este o sentimento dos idosos institucionalizados neste lar, uma vez católicos, encontram em Deus a sua salvação para uma partida para a eternidade e de uma salvação da sua dignidade enquanto ser humano.

CONCLUSÃO

Tornou-se pertinente este estudo que visa compreender como se processa a identidade do idoso institucionalizado e as possíveis repercussões ao nível das reconfigurações identitárias a que está sujeito, com esta nova forma de vivência que nunca fez parte da sua convivência de vida.

Pode-se assim concluir que é importante para o idoso vivenciar um processo de envelhecimento bem-sucedido, em que o acompanhamento físico, psíquico, social, espiritual, religioso e de ocupação dos tempos livres, assuma um papel de extrema importância. Existe a necessidade de valorizar esta última etapa da vida, inferindo nela um sentimento de bem-estar e de sentido para a vida do idoso, tornando-se assim, num grande desafio para a sociedade em geral.

Conscientes de que esta fase do ciclo de vida humana corresponde a um período de menor atividade, os idosos não têm de ficar inertes e sujeitar-se a um envelhecimento inconsciente, involuntário e apático.

Com a realização deste trabalho e de acordo com o conjunto de resultados obtidos podemos afirmar com alguma segurança que o processo de institucionalização do idoso no lar leva a uma série de repercussões ao nível da sua reconfiguração identitária. Existindo uma necessidade por parte do idoso em apreender a estrutura organizativa do lar, as regras, normas, atividades, em suma, compreender como se processa a vida quotidiana no lar.

Verificou-se que o conceito de identidade corresponde a um “produto inacabado e reformável”, dependendo das experiências e desafios permanentes que se colocam ao indivíduo ao longo da sua vida. Ao idoso institucionalizado cabe o papel de uma reelaboração da sua forma de vida enquanto indivíduo, das relações que estabelece, expectativas perante os outros e os seus desejos em relação ao futuro. Se olharmos para os motivos que levaram à institucionalização do idoso, deparamo-nos com a diminuição de capacidades e que por si só constitui uma perda de autonomia, quer de ordem física, económica, familiar, social ou psíquica. Pelo que a entrada no lar para muitos idosos, foi fortemente condicionada por fatores alheios à sua vontade.

A família assume aqui um papel de mediador no processo de admissão ao lar e em que todas as informações lhe são transmitidas, mas muitas vezes desvaloriza-se a pessoa mais importante de todo este processo que é o idoso. Passando para plano secundário valores individuais e sociais do idoso, as suas expectativas em relação ao seu futuro, enquanto ser

único e singular, digno de consideração. Por vezes, não são valorizados os seus gostos e preferências para lhes assegurar um sentimento de continuidade e utilidade social.

Quanto à adaptação ao lar, deve-se ter em conta a forma de apresentação aos outros idosos, a visita às instalações, o seu novo quarto e a necessidade de um acompanhamento ao longo dos primeiros dias em que o utente vai ao encontro de um coletivo desconhecido. A preservação de objetos do passado assume um papel de conforto, independência, liberdade e de manutenção da sua identidade. Foi referenciado pelos idosos em estudo, as saudades da sua casa e a perda dos seus objetos que foram conseguidos com muito sacrifício. O quarto é o local de maior preferência, embora partilhado com outro utente, demonstra por vezes o sentimento de invasão da sua privacidade, da sua intimidade e integridade e mesmo em momentos da sua higiene pessoal, estes tem que ser partilhados com o seu novo colega de quarto.

Existe também uma necessidade de adaptação ao quotidiano da vida no lar, onde regras e normas, um tratamento coletivo podem tornar-se impeditivos para a sua individualidade levando o idoso a um afastamento da sua realização pessoal e de bem-estar. Este mesmo utente raramente ou nunca interfere nas decisões a tomar e estas muitas vezes dizem respeito à sua vivência quotidiana. A sua participação na gestão e planeamento de atividades e da vida da instituição torna-se imprescindível, uma vez que favorece a sua implicação e sentimento de pertença ao lar.

No que se refere às relações sociais anteriores, estas tendem a diminuir, os contactos e visitas da família, de amigos e vizinhos, justificados pelo distanciamento geográfico e a atividade profissional destes. No que se refere às relações com os outros idosos é considerada como boa, mas trata-se de relações frágeis e superficiais devido ao facto de serem pessoas que nunca fizeram parte de sua convivência de uma vida. Em relação aos profissionais verifica-se uma grande cordialidade, amizade e mesmo um ambiente familiar entre todos.

Quanto às atividades de lazer podem tendencialmente tornar-se rotineiras, empobrecidas e com pouca criatividade, pelo que se deve investir no serviço de animação de forma a promover atividades sociais que levem a motivar os idosos para a vida e levem a minimizar sentimentos negativos por parte do idoso.

Em relação ao seu futuro, os idosos manifestam o sentimento da proximidade com a morte e entregando-se à sua religiosidade como forma de proteção divina. E para muitos os projetos em relação ao futuro não existem restando-lhe a morte. Enquanto outros ainda manifestam desejos de melhoria do seu estado de saúde. Pelo que se deve junto destes idosos implementar projetos de vida para estes se sentirem integrados na comunidade, de uma certa utilidade social para uma realização pessoal cheia de valores e sentidos.

Deve o lar estar em permanente evolução para assegurar aos seus idosos conforto, carinho, amor e bem-estar de forma a não constituir uma ameaça à identidade do indivíduo idoso institucionalizado. Entendendo o utente enquanto pessoa, com a sua singularidade.

De salientar que a identidade dos idosos residentes neste lar em estudo não aparenta estar afetada, contudo no quotidiano das suas vivências esta poderá estar em risco.

Suscitou ainda o desejo de continuar com a reflexão acerca do conceito de Identidade do idoso institucionalizado, com intuito de compreender: Será que a resposta reside na multidisciplinaridade do cuidar?

Fica o desafio...

BIBLIOGRAFIA

APÓSTOLO, João Luís Alves (2009) – O Confronto nas teorias de Enfermagem – Análise do Conceito e Significados Teóricos, Revista Referência II Série – nº 9 – Março, 2009, pág 61-77.

APÓSTOLO, João Luís Alves (2012) – Instrumentos de Avaliação em Geriatria, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – Pessoas Idosas: Uma abordagem global, Lusodidacta, Lisboa.

BERGER, Kathleen Stassen (2003) – O Desenvolvimento da Pessoa da infância à Terceira Idade, LTC Editora, LTC Editora, Rio de Janeiro.

BERMEJO, José Carlos (2004) – A Relação de Ajuda no Encontro com Idosos, Paulinas, São Paulo.

CABETE, Dulce (2004) – O Idoso, a Doença e o Hospital: O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas, Lusociência, Loures.

CARDÃO, Sandra (2009) – O Idoso Institucionalizado, Coisas de Ler, Lisboa.

CARDOSO, J. (2004) – Sexualidade e Envelhecimento: Sexualidade e planeamento familiar, Texto Editora, Lisboa.

CERDEIRA, Patrícia (2001) – O espírito de quem é só...mais velho que os outros, Pretextos, Lisboa, nº 4.

CHARAZAC, Pierre (2001) – Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos, Climepsi Editores, Lisboa.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) – Promover a Vida, Inter Editions, Paris.

COSTA, Maria (1999) – O Idoso Problemas e Realidades, Formasau, 1ª edição, Edições Sinais Vitais, Coimbra.

COSTA, Maria Arminda (1999) – Cuidar de Idosos: Formação, Práticas, e Competências dos Enfermeiros, Formasau, 2ªEdição, Edições Sinais Vitais, Coimbra.

COSTA, Maria Emília (1985) – Contextos Sociais de Vida e Desenvolvimento da Identidade Instituto Nacional de Investigação Científica, Lisboa.

CUNHA, Ana Isabel et al (2005) - Autocuidado: Teoria de enfermagem de Dorothea Orem, Revista Sinais Vitais, Nº 61, pp. 36 a 40.

DUBAR, Claude (2000) – *La crise des indentités: l'interpretation d'une mutation*, Adagp, Paris.

DUBAR, Claude (1997) – *A Socialização: Construção das Entidades Sociais e Profissionais*, Porto Editora, Porto.

FERNANDES, Ana (1997) – *Velhice e Sociedade*, Celta Editora, Oeiras.

FERNANDES, Purificação (2000) – *A Depressão no Idoso – Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão*, Quarteto Editora, Coimbra.

FERNANDES, Purificação (1999) – *A propósito do Ano Internacional do Idoso*, Revista Referência, Coimbra.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*, Luso-Ciência, Loures.

FONSECA, António Manuel (2004) – *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Manuais Universitários 35, Climepsi Editores, Lisboa.

FONTAINE, Roger (2000) – *Psicologia do Envelhecimento*, Climepsi Editores, Lisboa.

GARCIA, Luís Miguel Alves (1994) – *Dependência em Idosos*, Nursing, Lisboa, nº 78/79.

GIL, Ana Paula Martins (2010) – *Heróis do Quotidiano: Dinâmicas Familiares na Dependência*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

GINESTE, Yves; Pellissier (2008) – *Humanidade: Cuidar e Compreender a Velhice*, Instituto Piaget, Lisboa.

GIDDENS, Anthony (1997) – *Modernidade e Identidade Pessoal*, 2ª Edição, Celta Editora, Oeiras.

GIDDENS, Anthony (2001) – *Transformações da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*, Celta Editora, Oeiras.

GOULÃO, Francisco (2008) – *A Misericórdia de Proença-a-Nova*, Tecnodidáctica, Lisboa.

GUEDES, Joana (2012) – *Viver num Lar de Idosos: Identidade em Risco ou Identidade Riscada*, Coisas de Ler, Lisboa.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006) – *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*, Principia Editora, Estoril.

HÉBERT, Michelle Lessard; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (1990) – *Investigação Qualitativa, Fundamentos e Práticas*, Instituto Piaget, Lisboa.

HESBEEN, Walter (2003) – *A Reabilitação Criar Novos Caminhos*, Lusociência, Loures.

HULLEY, Stephen (2001) – *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica*, 2ª Edição, Artmed Editora, São Paulo.

- JACOB, Luís (2007) – Animação de Idosos, Cadernos Socialgest N° 4, Lisboa.
- JUNOD, J. P. (1984) – Rejuvenescer a Velhice, Enciclopédia Salvat de Saúde, vol. 8, Rio de Janeiro.
- KETELE, Jean-Marie; ROEGIERS, Xavier (1993) – Metodologia da Recolha de Dados – Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudos de Documentos, Instituto Piaget, Lisboa.
- IMAGINÁRIO, Cristina: (2008) – O Idoso dependente em Contexto Familiar, 2ª edição, Formasau, Coimbra.
- LÉGER, J.M. (1994) – Psicopatologia do Envelhecimento, Petrópolis, Rio de Janeiro.
- MONTEIRO, Maria do Céu P.D. (2005) – Impacto dos Problemas Psicogerítricos na Família, Revista Portuguesa de Enfermagem, Amadora, 2005.
- MOREIRA, Virgílio Dias (2006) – Rostos que nos Interpelam, Câmara Municipal de Proença-a-Nova, 1ª Edição, Proença-a-Nova.
- MUSSI, Fernanda Carneiro (1996) – Conforto: revisão da Literatura, Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, v.30, nº2, pág 254-266.
- NETTO, Matheus – Gerontologia (1996) – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada, Editora Atheneu, São Paulo.
- OLIVEIRA, Célia M. Gonçalves Simão (2011) – O Cuidado da Pessoa Idosa Hospitalizada: Individualizar a Intervenção Conciliando Tensões, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- OLIVEIRA, José H. Barros (2005) – Psicologia do envelhecimento e do idoso, Legis Editora, 2ª edição, Porto.
- OLIVEIRA, José H. Barros (2008) – Psicologia do envelhecimento e do idoso, Legis Editora, 3ª edição, Porto.
- OSÓRIO, Agustín Requejo; PINTO, Fernando Cabral (2007) – As Pessoas Idosa: Contexto Social e Intervenção Educativa, Instituto Piaget, Lisboa.
- PAPA BENTO XVI; repoluls/1o 2p/1ar2a idosos em Londres, 18 de setembro de 2010, Papa Bento XVI.
- PAUL, Constança; Ribeiro, Óscar (2012) – Manual de Gerontologia: Aspetos Biocomportamentais, psicológicos e Sociais do Envelhecimento, Lidel, Lisboa.
- PEREIRA, Inês Teotónio (2006) – Meio de Vida: Relações, Revista Xis, Lisboa, nº 375.
- PIMENTEL, Luísa (2001) – O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias, Quarteto Editora, Coimbra.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernardette (2004) - Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização, 5ª edição, Artmed, Porto Alegre.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (2005) – Manual de Investigação em Ciências Sociais, 4ª Edição, Gradiva, Lisboa.

ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. (2005) – Modelo de Enfermagem, 3ª Edição, McGraw-Hill, Alfragide.

SANTOS, Figueiredo et al (1998) – Modernidade e Gestão da Velhice, Edição do Centro Regional de Segurança Social do Algarve, Faro.

SAPETA, Paula (2011) – Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente, Lusociência, Loures.

SCHULTZ, Duane; SCHULTZ, Sydney (2002) – Teorias da Personalidade, Thomson, São Paulo.

SEQUEIRA, Carlos (2010) – Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental, Lidel, Porto.

SILVA, João (2006) – Quando a Vida Chegar ao Fim, Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família, Lusociência, Loures.

STANHOPE, Marcia, LANCASTER, Jeanette (1999) – Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos, (Negrão, M.A.P.R.P. et al.Trad.) Lusociência, Lisboa. (original publicado em inglês em 1984).

STREUBERT, H.; CARPENTER D., (2002) – Investigação Quantitativa em Enfermagem, Loures, Lusociência.

TEIXEIRA, Francisco (2000) – Identidade Pessoal: Caminhos e perspectivas, Quarteto, Lisboa.

ZIMERMAN, Guite I. (2000) – Velhice: aspectos biopsicossociais, Artemed Editora, São Paulo.

INE

Disponível em:

<http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL>

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2010) – Envelhecimento Demográfico

Disponível em:

http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_23.htm

APÊNDICES

APÊNDICE I
(MINI MENTAL STATE)

Mini Mental State – MMS
Validado para a População Portuguesa

AVALIAÇÃO COGNITIVA

NOME: _____

IDADE: _____ Anos Data: ____ de _____ de _____

I – ORIENTAÇÃO:

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- | | | |
|------|--|--------------|
| 1 - | Em que ano estamos? | _____ |
| 2 - | Em que mês estamos? | _____ |
| 3 - | Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?) | _____ |
| 4 - | Em que estação do ano estamos? | _____ |
| 5 - | Em que dia da semana estamos? | _____ |
| 6 - | Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) | _____ |
| 7 - | Em que Distrito vive? | _____ |
| 8 - | Em que Terra vive? | _____ |
| 9 - | Em que casa estamos? (Como se chama esta casa?) | _____ |
| 10 - | Em que andar estamos? | _____ |
| | | Nota: |

II – RETENÇÃO:

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.”

As três palavras são:

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ **Nota:**

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

III – ATENÇÃO E CÁLCULO:

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3, e que ao número encontrado, volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____ **Nota:**

Se a pessoa não conseguir executar esta tarefa, faz-se **em alternativa**, uma outra:

“Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra, letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio.”

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida).

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____ **Nota:**

IV – EVOCAÇÃO:

(Só se efectua no caso da pessoa ter aprendido as três palavras referidas na prova de “II – RETENÇÃO”.)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ **Nota:**

V – LINGUAGEM:

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- a) Mostrar o relógio de pulso.
"Como se chama isto?"

Nota:

- b) Mostrar o lápis.
"Como se chama isto?"

Nota:

- c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha."

Nota:

- d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão."

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____
Dobra o papel ao meio _____
Coloca o papel no chão _____

Nota:

- e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."

(Mostrar um cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS". Se a pessoa for analfabeta, o examinador deverá ler-lhe a frase.)

(Dar 1 ponto por cada realização correcta)

Fechou os olhos _____

Nota:

- f) "Escreva uma frase."

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

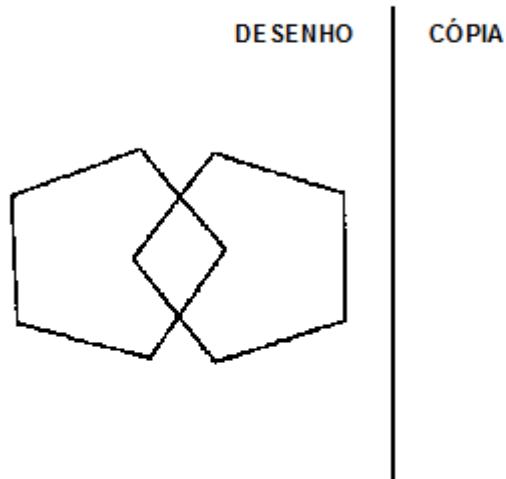
Nota:

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar."

(Mostrar o desenho)

(Os 10 ângulos devem estar presentes, e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota:



Nota Total:

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 ;
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ;
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 .

Bibliografia:

- Folstein MF e *tal*. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-98;
- Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1998.

APÊNDICE II
(GUIÃO DA ENTREVISTA)

Guião da Entrevista
Institucionalização do idoso e sua Identidade

Temas	Questões	Questões Secundárias
<p>Caraterização Socio demográfica</p> <p>Objetivo 1 –</p> <p>a) Caraterizar a amostra em estudo tendo em conta o conjunto de variáveis Sociodemográficas.</p>	<p>Pergunta 1 -</p> <p>Género:</p> <p>Idade:</p> <p>Habilitações</p> <p>Literárias:</p> <p>Naturalidade:</p> <p>Estado Civil:</p> <p>Profissão:</p>	
<p>Objetivo Geral:</p> <p>1. Identificar as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária do idoso.</p> <p>Dimensão 1 – Identidade Individual/Institucionalização</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>b) Identificar as dimensões individuais que interferem na reconfiguração identitária do idoso institucionalizado.</p> <p>c) Identificar fatores que influenciam os sentimentos, valores e princípios que o idoso apresenta devido ao seu ingresso no lar e</p>	<p>Pergunta 2 – Por que motivo veio para a Instituição?</p> <p>(D. Individual)</p>	<p>Pergunta 2.1 – De quem foi a decisão da sua vinda para a Instituição?</p> <p>(DI)</p> <p>Pergunta 2.2 – Vivia sozinho ou com um elemento da família? (DI)</p>
	<p>Pergunta 3 – Como tem sido a sua adaptação no lar?</p> <p>(DI)</p>	<p>Pergunta 3.1 – O que significa para si a instituição? (DI)</p> <p>Pergunta 3.2 – No momento da sua entrada no lar, foi-lhe proporcionada uma visita às instalações e apresentado os restantes residentes e pessoal? (DI)</p> <p>Pergunta 3.3 – Há quanto tempo está na instituição? (DI)</p>

<p>influenciadores da reconfiguração identitária.</p>	<p>Pergunta 4 – Tem dificuldade em ser autónomo/a? (DI)</p>	<p>Pergunta 4.1 – Que importância tem a instituição na sua vida? Corresponde às suas expetativas? (DI)</p> <p>Pergunta 4.2 – No que se refere ao espaço físico, tem boa luminosidade, mobiliário adequado, espaços de convívio adequados, quartos com espaço privilegiado para o seu conforto e descanso? (DI)</p> <p>Pergunta 4.3 – Consegue facilmente partilhar o seu quarto, com o seu companheiro? Consegue ter uma certa afinidade com o seu companheiro? (DI)</p> <p>Pergunta 4.4.- No seu quarto pode ter objetos e mobiliário que eram da sua pertença no passado? (DI)</p>
	<p>Pergunta 5 – Sente que respeitam a sua privacidade, intimidade, integridade e independência no lar? (DI)</p>	<p>Pergunta 5.1 – O que pensa dos valores da instituição? (DI)</p> <p>Pergunta 5.2 – Normalmente é consultado para definir as suas necessidades e prioridades de vida?</p>

		<p>(DI)</p> <p>Pergunta 5.3 – Pensa que as regras da instituição podem ser impeditivas de realizar a sua vida normal no lar?</p> <p>(DI)</p> <p>Pergunta 5.4 – Como é o seu despertar e como é feita a sua higiene pessoal? (DI)</p> <p>Pergunta 5.5 – Como acontecem as refeições e os serviços no lar? (DI)</p>
	<p>Pergunta 6 –</p> <p>Consegue fazer a sua vida normal e manter o seu bem-estar no lar?</p> <p>(DI)</p>	
<p>Objetivo Geral:</p> <p>1. Identificar as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária do idoso.</p> <p>Dimensão 2 – Identidade Social/Institucionalização</p>	<p>Pergunta 7 - A sua família, amigos e vizinhos costumam visitá-lo? (D. Social)</p>	<p>Pergunta 7.1 – Qual é a frequência dessas visitas? (DS)</p>
	<p>Pergunta 8 – Como é sua relação com os colegas do Lar? (DS)</p>	<p>Pergunta 8.1 - Como vê essa relação? (DS)</p>
	<p>Pergunta 9 – Como é sua relação com os funcionários/técnicos do</p>	<p>Pergunta 9.1 - Como vê essa relação? (DS)</p>

<p>Objetivo Específico</p> <p>b) Identificar as dimensões Sociais que interferem na reconfiguração identitária do idoso institucionalizado.</p> <p>c) Identificar fatores que influenciam os sentimentos, valores e princípios que o idoso apresenta devido ao seu ingresso no lar e influenciadores da reconfiguração identitária.</p>	<p>Lar? (DS)</p> <p>Pergunta 10 – O que pensa das atividades que o lar proporciona? (DS)</p>	<p>Pergunta 10.1 - Se não o que gostaria de fazer? (DS)</p>
<p>Objetivo Geral:</p> <p>1. Identificar as implicações da institucionalização na reconfiguração identitária do idoso.</p> <p>Dimensão 3 – Identidade Cultural/Institucionalização</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>b) Identificar as dimensões culturais que interferem na reconfiguração identitária do idoso institucionalizado.</p> <p>c) Identificar fatores que influenciam os sentimentos, valores e princípios que o idoso apresenta devido ao seu ingresso no lar e</p>	<p>Pergunta 11 – Consegue preservar os seus costumes, tradições e valores que realizou ao longo da sua vida? (D. Cultural)</p> <p>Pergunta 12 – E com a entrada no lar estes costumes, tradições e valores mantêm-se? (DC)</p>	

influenciadores da reconfiguração identitária.		
Objetivo específico d) Identificar estratégias que sejam facilitadoras para uma institucionalização que proporcione conforto, harmonia e bem-estar, face à reconfiguração identitária.	Pergunta 13 – Indique o que gostaria de mudar no lar para se sentir melhor?	Pergunta 13.1 – Quais as regras apresentadas pelo lar que gostaria de ver alteradas?
	Pergunta 14 – Que expectativas tem em relação ao futuro?	

APÊNDICE III
(PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO)



Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

Exmo. Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia

Assunto: Autorização para realização de entrevistas junto de uma amostra de utentes

Paulo Manuel da Rocha Lourenço, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, a frequentar o Mestrado em Gerontologia, no Instituto Politécnico de Portalegre, lecionado numa parceria entre a Escola Superior de Educação e a Escola Superior de Saúde, respetivamente de Portalegre.

Encontro-me a realizar o meu trabalho final de Tese, em que o título é **“Institucionalização do Idoso e sua Identidade”**.

A amostra é constituída por utentes com capacidades cognitivas e mnésicas para participar no estudo. Para a definição da amostra foi pedida a colaboração da médica da instituição, Equipa de Enfermagem e utilização do Mini-Mental State. Tendo a mesma sido definida de acordo com os critérios exigidos para a realização do estudo.

Prometo a confidencialidade dos dados obtidos e que se destinam única e exclusivamente para o trabalho académico que me encontro a realizar.

Grato pela atenção dispensada.

, 17 de Dezembro de 2013

Enfermeiro: Paulo Manuel da Rocha Lourenço



Santa Casa da Misericórdia

Exmo.Senhor
Enfº Paulo Manuel da Rocha Lourenço
Santa Casa da Misericórdia

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
795/13

18/12/2013

Assunto: Realização de Entrevistas

Exmo. Senhor

A Instituição faz saber que tem todo o interesse em incentivar e colaborar na formação

Nestas condições, dá autorização ao seu pedido para aplicação dos instrumentos de colheita de dados, conforme sua exposição de 17/12/2013.

Sem outro assunto de momento,
Com os nossos melhores cumprimentos

**A Mesa Administrativa
O Provedor**

APÊNDICE IV
(CONSENTIMENTO INFORMADO)



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Paulo Manuel da Rocha Lourenço, estudante do Curso de Mestrado de Gerontologia, no Instituto Politécnico de Portalegre, lecionado numa parceria entre a Escola Superior de Educação e a Escola Superior de Saúde, respetivamente de Portalegre.

Encontro-me a desenvolver um estudo de investigação intitulado **“Institucionalização do Idoso e Identidade”**.

Ciente das implicações éticas inerentes a um trabalho de investigação, comprometo-me a assegurar o consentimento do investigado através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade.

Paulo Manuel da Rocha Lourenço



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____,
declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, pelo estudante
Curso de Mestrado de Gerontologia, Paulo Manuel da Rocha Lourenço, bem como do direito
à recusa e confidencialidade dos dados e da importância da minha participação no estudo,
sendo de livre e espontânea vontade que aceito participar.

(Assinatura)